

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ISAQUIEL MACEDO DA ROSA

**EDUCAÇÃO POPULAR, INTEGRALIDADE E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM
NO CENÁRIO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

**PORTO ALEGRE
2011**

ISAQUIEL MACEDO DA ROSA

**EDUCAÇÃO POPULAR, INTEGRALIDADE E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM
NO CENÁRIO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

**PORTO ALEGRE
2011**

CIP - Catalogação na Publicação

Rosa, Isaquiel Macedo da

Educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária / Isaquiel Macedo da Rosa. -- 2011.

119 f.

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Educação popular. 2. Integralidade. 3. Educação em enfermagem. 4. Extensão universitária. 5. Educação em saúde. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de , orient. II. Título.

ISAQUIEL MACEDO DA ROSA

Educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de maio de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira: Dora Lúcia de Oliveira
Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Sonia Acioli de Oliveira: Sonia Acioli de Oliveira
Membro – UERJ

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla: Alcindo Antônio Ferla
Membro – EENF/UFRGS

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt: Tatiana Engel Gerhardt
Membro – PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Aos bons espíritos, pela providência e inspiração;

À minha família, especialmente minha mãe Lueci, minha avó Ilda e meu tio Nelci, pelo amor incondicional que orienta minha vida;

Ao Francisco (in memoriam), meu pai, pelo apoio na conquista dos meus sonhos;

À Juliana, pelo amor e carinho que recebi nos últimos dois anos;

Ao João, Tiago e Maicon, pela amizade que demonstraram nos momentos mais difíceis que eu e minha família passamos;

À Dora, minha orientadora, pela amizade e contribuições na construção dessa dissertação;

À Elizabeth e Zezé, minhas primeiras mestras;

Aos estudantes do Projeto Vepop Extremo Sul e, principalmente, às enfermeiras (vepopianas) que aceitaram participar dessa pesquisa;

Aos colegas da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da UFRGS, pelo companheirismo e amizade;

Às colegas do mestrado e doutorado, pela convivência e conhecimento compartilhado;

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS, suas professoras e técnicos, e a CAPES, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa.

Não tenho dúvida do insucesso do cientista a quem falte a capacidade de adivinhar, o sentido da desconfiança, a abertura à dúvida, a inquietação de quem não se acha demasiado certo das certezas. Tenho pena e, às vezes, medo, do cientista demasiado seguro da segurança, senhor da verdade e que não suspeita sequer da historicidade do próprio saber.

Paulo Freire

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Os sentidos da integralidade	18
2.1.1 A integralidade e a organização dos serviços e das práticas em saúde	20
2.1.2 A integralidade e as respostas governamentais às necessidades de saúde	21
2.1.3 A integralidade e as práticas dos profissionais de saúde	22
2.2 A integralidade e a formação dos profissionais de saúde e enfermagem	24
2.3 Educação popular e a prática da integralidade	32
2.3.1 Concepções pedagógicas em disputa na formação e na educação em saúde	32
2.3.2 A educação em saúde tradicional	34
2.3.3 Fragmentos históricos da educação popular e sua afinidade com a integralidade	37
2.4 Universidade, movimento estudantil e extensão popular em saúde	43
2.4.1 Ciência e universidade	43
2.4.2 A extensão universitária e o movimento estudantil	45
2.4.3 A extensão popular	48
3 OBJETIVO	52
4 METODOLOGIA	53
4.1 Tipo de estudo	54
4.2 O projeto Vepop Extremo Sul	55
4.3 Sujeitos do estudo	58
4.4 Coleta de dados	59
4.5 Análise dos dados	60
4.6 Aspectos éticos	62
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	63
5.1 “Somos realmente muito diferentes, mas nem por isso o diálogo entre nós se torna inviável”	63
5.2 “A maior capacitação é o dia a dia na comunidade aliado à reflexão acerca daquilo que foi vivido”	68
5.3 “E por sermos um grupo nos influenciados pelas atitudes de nossos colegas, nosso trabalho é coletivo”	72
5.4 “Estamos entrando na vida daquelas pessoas e fazendo parte delas. Criamos então uma certa responsabilidade”	76
5.5 “Trabalhar a saúde e o SUS, e não somente higiene, como nos foi solicitado”	81
5.6 “Afim, quem são os educadores populares?”	87
5.7 “Não faço qualquer extensão, faço extensão de educação popular e saúde”	92
5.8 “E a mudança foi em mim também”	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A - Termo de concordância para a utilização do banco de dados	116
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	118
APÊNDICE C - Termo de compromisso para utilização de dados	119

RESUMO

Atualmente assistimos à ineficiência das escolas formadoras em preparar os estudantes para os desafios do trabalho em saúde. O movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde no Brasil e as alterações curriculares ainda não foram capazes de provocar efeitos profundos e convergentes para a prática da integralidade e da defesa do Sistema Único de Saúde. Na enfermagem, apesar do seu trabalho presumir relações dialógicas e de o cuidado ser um elemento marcante, o modelo biomédico ainda é predominante. Perguntamos: a educação popular, no cenário da extensão universitária, pode ser uma das saídas para a situação vigente e aproximar a formação em enfermagem da integralidade? A presente pesquisa teve como objetivo analisar o modo como a educação popular, no cenário da extensão universitária, pode contribuir com o fortalecimento da integralidade na formação em enfermagem. Partimos das seguintes questões de pesquisa: Que conhecimentos relacionados com os sentidos da integralidade foram vivenciados no cenário em estudo? Que situações e sujeitos possibilitaram essas vivências? Que processos epistemológicos e políticos orientados pela educação popular contribuíram para a formação em enfermagem? Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa documental, que aplicou a análise de conteúdo na modalidade temática. Os documentos analisados (721 diários de campo) foram produzidos por nove estudantes de enfermagem, entre julho de 2006 e julho de 2007, na época integrantes do projeto de extensão *Vivências em Educação Popular no Extremo Sul do Brasil* (Vepop Extremo Sul). Participaram do projeto cerca de 50 estudantes distribuídos em grupos multiprofissionais e interdisciplinares, que atuavam em 19 comunidades populares das cidades de Rio Grande e São José do Norte, Brasil. As experiências e as reflexões relatadas nos diários de campo indicam que a educação popular, no cenário da extensão universitária, proporcionou uma inserção mais profunda e desafiadora na realidade comunitária, resguardando um horizonte emancipatório não impositivo e preocupado com a produção de cidadania. A aproximação problematizadora com essa realidade contribuiu para a inauguração de novos sentidos e fins sociais para a graduação das enfermeiras, nos quais o cuidado tende a estar conectado com as necessidades mais abrangentes das pessoas. A convivência das estudantes de enfermagem com os setores populares, o compartilhamento de histórias de vida e a organização política em prol dos direitos sociais geraram conhecimentos e práticas que instigaram mudanças na formação profissional e revelaram a importância do Sistema Único de Saúde como política social e projeto de sociedade. Portanto a educação popular constituiu um caminho possível para a construção da prática da integralidade, sensibilizando as futuras enfermeiras para a produção de vínculos afetivos e políticos, dialógicos e terapêuticos, que implicam alteridade e nos desafiam a pensar o cuidado como valor ético e político constitutivo da humanização da vida em sociedade. Por fim, sugerimos novas pesquisas sobre as escolhas e o desenvolvimento profissional das estudantes de enfermagem egressas do Vepop Extremo Sul e de outras vivências em educação popular.

Descritores: Educação em enfermagem. Integralidade. Educação em Saúde. Extensão comunitária.

ABSTRACT

Presently, one can notice that schools have been inefficient to prepare students for the challenges in health work. Neither the movement towards changing health professionals' education in Brazil nor the curriculum changes have been able to cause deep and convergent modifications in terms of integrality practice and promotion of the Unique Health Care System. Despite the fact that working in the nursing area implies dialogic relationships and care as remarkable elements, the bio-medical model still prevails. We have made up the following question: Can popular education, in the context of continued education, be one of the solutions for the present situation and approximate nursing education to integrality? This research aims at analyzing how popular education, in the continued education context, can contribute to the strengthening of integrality in nursing education. We have started from the following research questions: Which knowledges related to the meaning of integrality have been experienced in the scenario under consideration? Which situations and subjects have allowed for such experiences? Which epistemological and political processes oriented by popular education have contributed to nursing education? This is a qualitative, documental research-type study, which has applied content analysis to the thematic modality. The analyzed documents (721 field journals) were produced by nine nursing students between July 2006 and July 2007 who were then participating in the continued education program called *Experiences in Popular Education in Southern Brazil* (Vepop Extremo Sul). About 50 students participated in the project. They were distributed in multi-professional and interdisciplinary groups acting in 19 popular communities in Rio Grande and Sao Jose do Norte, Brazil. The experiences and reflections reported in the field journals have pointed out that popular education, in the context of continued education, have caused a deeper, more challenging insertion in the community reality, keeping a non-imposing emancipation horizon that is concerned about citizenship. The problematizing approximation to this reality has contributed to the generation of new social purposes and meanings for nurses' undergraduate courses, in which care tends to be in connection with peoples' broader needs. The nursing students' experiences with popular segments, life stories shared and the political organization for social rights have generated knowledges and practices that have both driven changes in professional education and revealed the importance of the Unique Health Care System as a social policy and project of society. Therefore, popular education has constituted a possible way for the construction of the integrality practice, sensitizing future nurses for the production of affective, political, dialogic and therapeutic bonds that imply otherness and challenge us to think about care as an ethic, political value constituting the humanization of life in society. Finally, we have suggested new researches on the choices and professional development of nursing students from Vepop Extremo Sul and other experiences in popular education.

Descriptors: Education, Nursing. Integrality. Health Education. Community-Institutional Relations

RESUMEN

Actualmente asistimos la ineficiencia de las escuelas formadoras en preparar los estudiantes para los desafíos del trabajo en salud. El movimiento de mudanza en la formación de los profesionales de salud en Brasil y las alteraciones curriculares aún no fueron capaces de provocar alteraciones profundas y convergentes para la práctica de la integralidad y defensa del Sistema Único de Salud. En la enfermería, a pesar de su trabajo presumir relaciones dialógicas y el cuidado ser un elemento sobresaliente, el modelo biomédico todavía es predominante. Preguntamos: ¿la educación popular, en el escenario de la extensión universitaria, puede ser una de las salidas para la situación vigente y aproximar la formación en enfermería de la integralidad? La presente pesquisa tuvo como objetivo analizar el modo como la educación popular, en el escenario de la extensión universitaria, puede contribuir con el fortalecimiento de la integralidad en la formación en enfermería. Partimos de las siguientes cuestiones de pesquisa: ¿Qué conocimientos relacionados con los sentidos de la integralidad fueron vivenciados en el escenario en estudio? ¿Qué situaciones y sujetos posibilitaron estas vivencias? ¿Qué procesos epistemológicos y políticos orientados por la educación popular contribuyeron para la formación en enfermería? Se trata de un estudio cualitativo, del tipo pesquisa documental, que aplicó el análisis de contenido en la modalidad temática. Los documentos analizados (721 diarios de campo) fueron producidos por 09 estudiantes de enfermería, entre junio de 2006 y julio de 2007, en la época integrantes del proyecto de extensión *Vivencias en Educación Popular en el Extremo Sur de Brasil* (Vepop Extremo Sur). Participaron del proyecto cerca de 50 estudiantes distribuidos en grupos multiprofesionales e interdisciplinarios que actuaban en 19 comunidades populares de las ciudades del Río Grande y São José do Norte, Brasil. Las experiencias y reflexiones relatadas en los diarios de campo indican que la educación popular, en el escenario de la extensión universitaria, proporcionó una inserción más profunda y desafiadora en la realidad comunitaria, resguardando un horizonte emancipador no impositivo y preocupado con la producción de ciudadanía. La aproximación problematizadora con esa realidad contribuyó para la inauguración de nuevos sentidos y fines sociales para la graduación de las enfermeras, en los cuales el cuidado tiende a estar conectado con las necesidades más abarcadora de las personas. La convivencia de las estudiantes de enfermería con los sectores populares, el compartimiento de historias de vida y la organización política en pro de los derechos sociales, generó conocimientos y prácticas que instigaron cambios en la formación profesional y revelaron la importancia del Sistema único de Salud como política social y proyecto de sociedad. Por tanto, la educación popular constituye un camino posible para la construcción de la práctica de la integralidad, sensibilizando a las futuras enfermeras para la producción de vínculos afectivos y políticos, dialógicos y terapéuticos, que implican alteridad y nos desafían a pensar el cuidado como valor ético y político constitutivo de la humanización de la vida en sociedad. Por fin, sugerimos nuevas pesquisas sobre las elecciones y desarrollo profesional de las estudiantes de enfermería egresas del Veppo Extremo Sur y de otras vivencias en educación popular.

Descriptor: Educación en enfermería. Integralidad. Educación en Salud. Relaciones Comunidad-Institución

1 INTRODUÇÃO

A integralidade é um termo polissêmico e fértil que tem sido usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), além de expressar uma das bandeiras de luta do Movimento Sanitário. Ela tem funcionado como uma imagem-objeto que indica, em síntese, um conjunto de atributos desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas. De forma abrangente, podemos identificar três grandes sentidos da integralidade. O primeiro está relacionado às práticas dos profissionais de saúde, mais especificamente aos valores que, relacionados às práticas, definem uma boa prática. O segundo diz respeito aos atributos da organização dos serviços e das práticas. O terceiro contempla as características de respostas governamentais (ou políticas públicas) às necessidades de saúde⁽¹⁾.

Dentro de uma visão geral de seus sentidos, a integralidade pode ser interpretada como a busca permanente para compreender e responder, de forma articulada e resolutiva, ao conjunto de necessidades que indivíduos e coletivos, no âmbito de suas singularidades, demandam ao sistema de saúde. A integralidade é sustentada por valores relacionados ao diálogo, à escuta, ao vínculo, ao acolhimento, à humanização, à responsabilização, à promoção da saúde, à cidadania, à participação social, à interdisciplinaridade, à intersetorialidade, à prática multiprofissional, à conexão entre o conhecimento¹ popular e científico. Esses são valores potencializados quando produzidos na prática do cuidado.

Entendo o cuidado como produto da interação entre a obra terapêutica, o ato educativo, o agir político e o vínculo construído na relação cuidadora que, fundamentada no diálogo e no desejo de apreender e compreender o outro na sua diferença (alteridade), possibilita a construção efetiva da integralidade. É um cuidado que considera as práticas de saúde como práticas sociais e a doença como socialmente produzida.

Desse modo, a integralidade é menos aprisionada num conceito operacional e ideal do que uma noção que possui em si potencialidade de produzir sonhos, mudanças, ideias e práticas cuidadoras mais próximas das necessidades das pessoas. Seu exercício não implica, necessariamente, a recusa do conhecimento e das técnicas da biomedicina, mas a redução substancial da centralidade na doença e no fortalecimento do cuidado centrado no indivíduo. A prática da integralidade procura a reorientação humanizadora da construção e da aplicação dos diversos e diferentes conhecimentos que tangem o cuidado e a cura, a partir de sua visão

¹ O conhecimento está relacionado ao conjunto de saberes e práticas, à construção da experiência cognitiva, afetiva e singular diante dos objetos epistemológicos⁽²⁾.

abrangente da relação entre saúde, doença e sociedade, voltando-se para as demandas de indivíduos e coletivos e, sobretudo, para o aumento da capacidade de respostas a essas demandas.

Na opinião de diversos autores⁽³⁻⁶⁾, a integralidade pode desempenhar um papel propulsor de mudanças na formação em saúde, deslocando seu eixo atual – biomédico² – para uma formação mais próxima do SUS. O fortalecimento da integralidade, no tocante à qualidade da atenção individual e coletiva, exige a diversificação dos cenários de aprendizagem, o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional e a incorporação da escuta ao andar da vida⁽⁷⁾. Esse compromisso virá dos diferentes atores que com a integralidade se comprometerem, principalmente docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e gestores do SUS, pois são aqueles que estão na interface da formação⁽⁴⁾.

Apesar de a literatura evidenciar diversos apontamentos em favor da articulação entre a formação em saúde e a prática da integralidade, a graduação dos profissionais de saúde ainda persiste em manter sua base tradicional e reproduzir o modelo da *medicina científica*, atualmente denominado biomédico. Esse modelo está fortemente entrelaçado com as ideias de Abraham Flexner, um estadunidense que no início do século XX, com o objetivo de avaliar o ensino da Medicina nos EUA e no Canadá, visitou, acompanhando de seu assistente, todas as 155 escolas médicas desses dois países em um período de 180 dias, confiando de que poucas horas em cada escola seriam suficientes para obter uma estimativa confiável das condições do ensino médico⁽⁸⁾. Suas avaliações foram publicadas em seu famoso relatório de 1910 que, somado aos seus estudos posteriores das escolas médicas de alguns países europeus, serviu como base para a reforma do ensino médico dos Estados Unidos, com profundas implicações para o ensino da saúde em todo o mundo, contribuindo para a legitimação da formação biomédica que temos hoje⁽⁸⁾.

As propostas de Abraham Flexner exaltaram um ensino positivista, cientificista, biologicista, hospitalar, centrado na doença de modo individual e concreto, que não considera os aspectos coletivos, sociais e subjetivos como importantes no processo de adoecimento⁽⁸⁾. A perseguição por certo padrão de formação e ciência acabou por enfraquecer a diversidade artística do cuidado e da cura – o único saber considerado seguro e verdadeiro era o científico,

² O paradigma biomédico fragmentou as pessoas, limitando-se praticamente às condições biológicas e biomecânicas *do corpo*⁽⁹⁾. Ele desqualifica aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer, priorizando a medicalização e a tecnologia intensiva como os meios de controlar as doenças⁽¹⁰⁾.

adquirido mediante observação e realização de experimentos controlados⁽⁸⁾. Essas propostas tiveram forte influência no ensino dos cursos da área da saúde também no Brasil, principalmente a partir da década de 1940, contribuindo para a edificação do atual modelo de formação predominante. Tal modelo, em linhas gerais, possui as seguintes características: transmissão de informação³ e treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos; oportunidades de aprendizado concentradas nos hospitais universitários; processos avaliativos que priorizam a acumulação de informação técnico-científica padronizada; reprodução dos referenciais técnico-científicos acumulados pelos docentes em suas áreas de especialidades; relação vertical professor-estudante e privilégio aos procedimentos técnicos⁽³⁾.

Muitos questionamentos têm sido feitos ao modelo tradicional de formação por organizações docentes, estudantis e de participação popular⁽⁴⁾. Experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde ganharam força nos anos 1970, mas foram insuficientes diante da estrutura fortemente consolidada da prática clínica de base flexneriana. As críticas mais recentes são estimuladas por duas importantes constatações frente ao modelo em questão: sua ineficiente habilidade de preparar os futuros profissionais para a atualidade das políticas do trabalho em saúde e a baixa capacidade do exercício profissional para provocar mudanças impactantes nos indicadores de saúde⁽³⁾.

No âmbito da formação em enfermagem, apesar da *natureza* do seu trabalho envolver um diálogo constante com as pessoas e de o cuidado humano ser um elemento muito marcante, o modelo biomédico ainda é muito presente. Buscando o reconhecimento social ao longo de sua história, a enfermagem enfrentou o desafio de afirmar-se como ciência. Nesse percurso, os cursos de formação também apostaram muito no tecnicismo e no biologicismo, o que, em certa medida, produziu (e ainda produz) um distanciamento entre a enfermagem e a integralidade⁽¹¹⁾. Mesmo com os movimentos de mudança na graduação em enfermagem ao longo dos tempos, o ensino da profissão permanece, ainda que em menor medida, baseado no tecnicismo, no hospital e na doença⁽¹²⁾.

Mas quais são os reflexos da formação marcada por traços flexnerianos no papel educativo das enfermeiras? Estudo atual aponta que a temática educativa ganhou

³ A universidade é um locus importante na organização e na compreensão da informação, mas a formação dos profissionais de saúde não pode ter sua função resumida ao acesso e ao acúmulo de informações. A informação não reinventa realidade, adapta-se ao *status quo*, pois é composta por dados acumulados sobre aquilo que já sabemos e que são geralmente adquiridos por memorização mecânica numa repetição sem fim dos enunciados destituídos de significados⁽²⁾.

proeminência na enfermagem, revelando preocupações com a formação tanto do estudante quanto do professor. Entretanto, não obstante as tentativas na graduação de qualificar as enfermeiras para as ações de educação em saúde, os resultados encontrados ainda são insatisfatórios, pois as práticas educativas insistem na abordagem biomédica e no enfoque preventivo⁽¹³⁾. Uma das possíveis explicações é que as ações educativas não são compreendidas como inerentes à prática da enfermagem, mas como um fazer técnico componente ou adicional ao conjunto de práticas da profissão: a enfermagem “não reconhece a responsabilidade e potencialidade pedagógica do seu trabalho”⁽¹⁴⁾. Esses achados indicam que precisamos aprofundar o processo de mudança na formação dos profissionais da enfermagem, entrelaçando educação e integralidade, tendo em vista que a educação em saúde é uma estratégia fundamental, entre outras, para a garantia da promoção de saúde e qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

É paradoxal que, mesmo com as experiências na reformulação do ensino da enfermagem no Brasil e com a adoção da educação problematizadora e o referencial freireano como tendência pedagógica hegemônica nas mudanças curriculares⁽¹⁶⁾, a formação permanece predominantemente tradicional: dicotomia entre o pensar e o fazer, distanciamento da realidade dos serviços de saúde, fragmentação e tecnicismo, além de pouca reflexão sobre a prática educativa docente. Isso sinaliza que a elaboração de projetos político-pedagógicos sintonizados com a teoria crítica e a construção de currículos consonantes com as DCN/ENF não desembocam, necessariamente, na inovação formativa pretendida. Estamos diante de importantes avanços já consumados em termos curriculares, mas ainda insuficientes no que diz respeito à aprendizagem da prática da integralidade e da defesa do SUS.

Em minha opinião, um dos temas mais significativos na reinvenção permanente da formação dos profissionais da saúde são os aspectos relacionais (escuta, diálogo, vínculo, acolhimento, responsabilização) – produzidos nas experiências comunitárias, no encontro instigante entre acadêmicos e os setores populares –, pois expressam de modo vibrante a luta pela sobrevivência e por melhores condições de vida da classe trabalhadora⁴. Os setores populares possuem uma representação ampliada da saúde, “enquanto o discurso oficial

⁴ As sociedades capitalistas contemporâneas dividem-se em duas classes sociais: a classe proprietária, ou capitalista, e a classe trabalhadora. A maioria dos capitalistas provavelmente trabalha, “exercendo a administração de empreendimentos, representando investidores em conselhos de administração de sociedades autônomas, exercendo mandatos de representação política, sindical etc. O que importa é que não trabalham como assalariados ou autônomos”. A classe trabalhadora, assalariados e autônomos, diferente da capitalista, é composta por pessoas que subsistem com os ganhos do trabalho remunerado, portanto, que não possuem posses suficientes para assegurar a satisfação de suas necessidades e das de seus dependentes, sem ter que realizar atividade remunerada⁽¹⁷⁾.

corresponde a uma representação (ou conceituação) de saúde mais restrita, fragmentada, pontual, centrada no modelo biomédico, que busca localizar a doença em algum ponto ou órgão do corpo das pessoas”⁽¹⁸⁾.

O que se observa nessas camadas populares é que elas não restringem a doença ao ponto de vista biomédico, mas têm uma concepção de saúde e doença muito mais ampla. Relacionam a questão da infelicidade, do modo de viver, com a ecologia ao se referirem ao ar impuro, à vala negra, às mudanças no tempo, assim como o mau-olhado, à ‘coisa feita’ ou a outras interferências. Elas reclamam da alimentação, do salário, das condições de trabalho, e assim todo o chamado conceito ampliado de saúde transparece na fala de qualquer pessoa dos estratos populares.⁽¹⁹⁾

No convívio comunitário com as camadas populares, diante das suas representações sobre a saúde e a doença, maiores são as aberturas relacionais e dialógicas produzidas no encontro entre os estudantes e as pessoas nos seus territórios de vida. Podemos, assim, desajustar o modelo formativo tradicional, proporcionando experimentações criativas e singulares em cenários de aprendizagem diferenciados, nas quais estudantes, professores e profissionais da saúde podem ser sensibilizados por outras lógicas educativas e terapêuticas próximas da prática da integralidade. Líderes comunitários, benzedeiros, militantes sociais, parteiras, agricultores, entre outros, são portadores de um conhecimento popular que deve dialogar com o acadêmico, para o aprendizado de ambos⁽²⁰⁾.

Dizer que a integralidade precisa ser construída em diferentes cenários de aprendizagem, na extensão universitária desenvolvida no âmbito comunitário, por exemplo, não é propor uma formação desconectada da rede de serviços de saúde, e sim que essa formação faça a conexão entre a rede de serviços de saúde e as redes de apoio social pelas quais as pessoas transitam. Não se trata de menosprezar a clínica em prol da formação política e social dos estudantes, mas compreender que a clínica pode ser ampliada no encontro dos estudantes com as camadas populares. É somente na convivência que os estudantes poderão aprender sobre organização comunitária e cidadania, pois “a dimensão pedagógica da prática organizativa das ações coletivas é ela mesma uma contribuição insubstituível para a produção da cidadania entre as camadas da classe trabalhadora”⁽²¹⁾.

A insatisfação diante do modelo formativo e das práticas mercantilizadas e rotineiras dos serviços de saúde, a vontade de ruptura com o autoritarismo e com a normatização da educação em saúde, e o desejo de uma atuação mais significativa com as camadas empobrecidas da sociedade conduziram, desde a década de 1970, muitos profissionais da saúde para projetos de educação popular realizados em bairros periféricos, pequenas cidades

do interior e povoados rurais. Foi a partir dessas experiências de trabalho comunitário que a educação popular passou a ser considerada um “elemento estruturante fundamental” para a reorientação do modelo de atenção à saúde, “na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados”⁽²²⁾.

No aspecto político da educação popular, é possível visualizar uma postura crítica em relação ao capitalismo, ao neoliberalismo, às injustiças e às iniquidades sociais; no ético, uma solidariedade com os oprimidos e marginalizados; no estético, a consciência e a busca da boniteza do mundo⁽²³⁾. A educação popular exige que o processo educativo seja orientado pela realização de todos os direitos da classe trabalhadora, e nela investem aqueles que acreditam “na força transformadora das palavras e dos gestos, não só na vida dos indivíduos, mas na organização global da sociedade”⁽²⁴⁾. Essa é a intencionalidade de seu ato pedagógico, que denuncia a falsa neutralidade da educação e assume uma posição política e amorosa baseada na relação dialética entre a leitura crítica do mundo e sua humanização⁵.

A educação popular propõe a compreensão da cultura do outro, o entendimento de que o conhecimento é um processo de construção compartilhada, o estímulo à organização comunitária, a luta por qualidade de vida, a integração com os movimentos sociais em prol da cidadania, e a articulação entre políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde. Tais ações afirmam a educação popular como um “instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde” e corroboram para o “entendimento das ações de saúde como ações educativas”⁽¹⁵⁾.

No domínio da formação em saúde, muitos projetos de extensão universitária estão conseguindo inserir diversos estudantes em cenários de aprendizagens com os setores populares, de forma crítica, criativa, sensível e interdisciplinar^(20,25-27). Nesses projetos, as necessidades das pessoas tendem a ser discutidas de forma participativa e não vinculada às metodologias marcadas pela visão preconceituosa da população como massa de ignorantes que precisa ser domesticada pelo saber científico. As iniciativas no campo da extensão são estimuladas pela inércia da formação tradicional em responder à atualidade dos desafios colocados aos profissionais em relação ao SUS. As mudanças curriculares não deram conta de tais desafios, o que acabou por canalizar para a extensão, pelo menos em parte, a reorientação da formação dos profissionais da saúde⁽²⁹⁾.

⁵ A humanização “é um conceito que tem um potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea. A humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros. Um alerta contra a violência”⁽²⁸⁾.

Algumas iniciativas viabilizadas pelo Ministério da Saúde foram construídas nos últimos anos, tendo como objetivo ampliar a formação dos profissionais da saúde para além das amarras reducionistas do modelo biomédico, potencializando experiências formativas que estimularam o protagonismo entre estudantes, movimentos sociais, gestores de saúde e pró-reitorias de extensão universitária. Uma dessas iniciativas foi o projeto Vivências em Educação Popular no Extremo Sul do Brasil (Vepop Extremo Sul), realizado na Universidade Federal do Rio Grande (FURG), entre 2006 e 2007. O projeto em questão será analisado nesta pesquisa, por meio dos documentos produzidos na época (diários de campo), tendo como foco a relação entre educação popular, integralidade e formação em enfermagem.

O Vepop Extremo Sul foi construído por estudantes e professores que, insatisfeitos com os rumos das graduações em saúde, anteviam na educação popular um “elemento estruturante fundamental”, sendo potencializadora de outras perspectivas sobre o modo instituído de fazer saúde. Em outras palavras, a educação popular foi reconhecida como um compromisso ético, político e pedagógico para transformar tanto a aprendizagem profissional quanto o autoritarismo da educação em saúde. O projeto tinha como horizonte oportunizar aos estudantes de diversos cursos, principalmente os da área da saúde, espaços interdisciplinares de aprendizagem junto às comunidades, em contato próximo com as Unidades de Saúde da Família (USF) e com os movimentos sociais, buscando uma relação transformadora entre universidade e sociedade. O interesse do Vepop Extremo Sul estava menos em reproduzir os estágios curriculares convencionais do que descobrir histórias, desejos, potencialidades, dificuldades e conquistas das pessoas em relação às suas experiências de saúde e adoecimento. Tanto os estudantes como os moradores das comunidades eram estimulados a atuar como sujeitos críticos, reflexivos e solidários, que reconhecem seus direitos e lutam por cidadania, a fim de construir de forma compartilhada e protagonista sua autonomia⁶. “Cidadania reinterpretada na perspectiva da transformação da realidade que aponta para a democracia como um modelo libertador, a partir de uma posição política a serviço do reordenamento do conjunto das relações sociais”⁽²¹⁾.

O autor desta pesquisa, na época de sua graduação, participou de forma ativa na elaboração e no desenvolvimento do Vepop Extremo Sul. Na condição de facilitador do projeto e inserido num dos seus grupos de atuação, constituído por estudantes de enfermagem,

⁶ O sujeito autônomo não é aquele totalmente liberto das mais variadas formas de determinação externa, mas o que é capaz de reelaborá-las segundo o que determina como sua vontade; portanto a autonomia é a dimensão do imaginário com capacidade de conquistar algo além daquilo que está dado⁽³⁰⁾. Em outras palavras, é a capacidade que todo ser humano possui de *ser mais*⁽³¹⁾.

educação física, geografia, história, medicina e oceanologia, descobriu outros sentidos para a formação em enfermagem. Foi na experiência interdisciplinar e multiprofissional com as comunidades, orientado pelos princípios da educação popular, que compreendeu a importância do SUS, da participação política e da militância por uma sociedade humanizada.

Nesta pesquisa, portanto, parto da hipótese de que a convivência das acadêmicas de enfermagem com os setores populares – compartilhando histórias de vida e organizando a luta pela cidadania no âmbito comunitário, na perspectiva da educação popular – gerou conhecimentos e práticas que instigaram mudanças na formação, no sentido da prática da integralidade. Acredito que a potência da educação popular pode sensibilizar os futuros profissionais de saúde para a produção de um “encontro cuidador” que extrapola a prática assistencial baseada em critérios técnico-científicos que buscam a regulação das atividades morfofuncionais do corpo humano. O encontro cuidador, assim como o entendo, estabelece conexões relacionais, dialógicas e terapêuticas, implica alteridade e desafia a pensar o cuidado como valor ético e político constitutivo da humanização da vida em sociedade.

Minha primeira intenção ao investigar a relação entre educação popular e formação em enfermagem, no cenário da extensão universitária, é somar no processo de reflexão sobre a incorporação da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde. Parto do princípio de que a formação de sujeitos que se engajem na construção de práticas pautadas pela integralidade é um dos grandes desafios do SUS. A segunda intenção é continuar sistematizando conhecimentos oriundos das experiências de educação popular e formação em saúde⁷, tendo em vista que “a sistematização aponta para a síntese necessária entre objetividade e subjetividade, é um desafio epistemológico e político simultaneamente”⁽²¹⁾.

Não tenho a pretensão de que os resultados deste estudo possam ser generalizados para toda e qualquer realidade ou estabeleçam critérios de verdade para outras vivências em educação popular. Por outro lado, busco produzir conhecimento a partir do ponto de vista de quem esteve envolvido na experiência e deseja pensar sobre ela, com o máximo de objetividade possível, mas também com a bagagem cultural de quem atuou como um dos seus protagonistas. Que esta pesquisa possa contribuir no desvelamento de possibilidades para transformar a formação em enfermagem, visando a um cuidado mais abrangente e orientado pela integralidade.

⁷ As referências aqui são as pesquisas realizadas pelo autor enquanto bolsista de iniciação científica nos seguintes projetos: *A relação com o saber construída no curso de graduação em enfermagem* (2005-2006) e *Educação popular e formação profissional: interfaces no processo de ensinar-aprender* (2006-2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Os sentidos da integralidade

A integralidade da atenção à saúde é um dos princípios que devem conduzir – moral e legalmente – as ações, os serviços e as políticas de saúde no Brasil. O termo integralidade não aparece no texto constitucional de 1988⁽³²⁾, mas parte dos seus sentidos está explícita quando, ao tratar das diretrizes constituintes da organização dos serviços de saúde no país, a Constituição coloca a necessidade de uma atenção integral ao cidadão brasileiro, voltada para as práticas preventivas, porém sem prejuízo das assistenciais. Essa perspectiva é retomada e ampliada na regulamentação do SUS⁽³³⁾, na qual a integralidade aparece como um princípio, entendida como um conjunto articulado das ações e dos serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Entretanto essa importante conquista da integralidade no texto constitucional, como diretriz e princípio, não pode ser deslocada da universalização do direito à saúde, pois como praticar a integralidade negando a universalidade do acesso a ações e serviços de saúde? Diferentemente da maioria dos países latino-americanos, o Brasil garantiu em sua Carta Magna a universalidade da atenção à saúde, afirmando que saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Também não podemos deixar de lado, na compreensão abrangente da integralidade, a equidade e a singularidade, que, apesar de não estarem na Constituição e nas leis que regulamentam o SUS, estão fortemente entrelaçadas à noção de integralidade. Além disso, equidade e singularidade vêm conferindo mais dinamismo à igualdade – esta sim exposta em lei como princípio do SUS – tanto que hoje a noção de equidade já substituiu a igualdade em nossos discursos e documentos posteriores aos citados acima.

Antes da criação do SUS, nosso sistema de saúde era marcadamente dividido entre a assistência e a prevenção, entre o coletivo e o individual, entre a saúde e a doença (a primeira como ausência da segunda), entre trabalhadores contribuintes e desempregados. Mas como saímos desse modelo excludente e dicotômico e caminhamos para uma concepção alargada de saúde, que é socialmente produzida, e para a conquista de princípios como os de universalidade, integralidade e equidade? Certamente, essas conquistas não se realizaram ao

acaso; são consequências de lutas políticas mais amplas travadas desde a década de 1970 no Brasil: a Reforma Sanitária Brasileira.

O arcabouço constitucional do SUS foi construído no contexto de luta pela redemocratização do país, pela construção de uma sociedade mais justa, por um conjunto de intelectuais, militantes e políticos que se aglutinaram em torno das ideias e propostas do que ficou conhecido como Movimento Sanitário Brasileiro. Esse movimento dirigia suas críticas ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), às suas instituições, às práticas e à racionalidade dominante. O SNS foi criado nos anos 1970 e acabou por consolidar uma tradicional separação entre as instituições responsáveis pela saúde pública – ações e serviços de cunho preventivo e coletivo, realizados pelo Ministério da Saúde – e pela assistência médica – ações e serviços de cunho assistencial e individual, realizados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), mediante o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁽³⁴⁾.

O Movimento Sanitário orientava suas críticas em consonância com o sonho de transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de saúde, de ações, serviços e políticas de saúde, e da própria realidade social como um todo. Caminhando em direção a esse sonho, que no fundo representava um ideal de emancipação social, o Movimento Sanitário conseguiu escrever alguns traços na história brasileira, imprimindo-os na Constituição, nos princípios e nas diretrizes do SUS e na própria construção da saúde coletiva. As críticas desse movimento estabeleceram um conjunto de ideias profundamente comprometidas com a visão de saúde como direito de toda população, sendo que algumas dessas concepções – tais como universalidade, integralidade e equidade, entre outras – ainda servem como bandeira de luta para muitos profissionais herdeiros, no sentido epistemológico e onírico, desse movimento.

A integralidade é, portanto, muito mais do que um termo contido na Constituição. Ela representa uma bandeira de luta do Movimento Sanitário; contém em sua noção uma série de características desejáveis e necessárias ao sistema de saúde, a suas instituições e práticas; forma um conjunto de valores pelos quais ainda vale a pena lutar, pois, sobretudo, são valores que estão diretamente relacionados a um ideal de sociedade mais justa e solidária⁽³⁴⁾. Além disso, a integralidade foge a aprisionamentos conceituais, porque possui uma potencialidade que é mais bem apreendida no contexto das práticas. Desse modo, a integralidade é um termo bastante polissêmico que não se deixa reduzir pela elaboração de um conceito único, pois

possui uma historicidade que agrega diversos sentidos à palavra. A seguir, procuro expor alguns sentidos relativos à noção de integralidade.

2.1.1 A integralidade e a organização dos serviços e das práticas em saúde

Em um dos seus sentidos, pode-se falar da integralidade como um modo de organizar os serviços e as práticas de saúde, em contraposição à antiga organização do sistema de saúde, que era constituído por uma profunda divisão entre as ações e os serviços de saúde pública e as assistenciais. Esse acomodamento institucional dicotomizado produzia consequências sobre a organização e as práticas dos serviços saúde, pois colocava a assistência médica previdenciária, centrada nos hospitais, de um lado, e a saúde pública, centrada principalmente nos centros de saúde, de outro. Para exemplificar, as ações na maioria dos centros de saúde eram relativas a medidas de prevenção – como a imunização – ou referentes a programas verticais do Ministério da Saúde – como a tuberculose e a hanseníase –, tendo como agravante o fato de que esses programas verticais existiam dentro dos centros de saúde como práticas dissociadas uma das outras⁽³⁴⁾.

Havia uma marcada distinção entre esses serviços, o que obrigava as pessoas a buscarem atendimento em diferentes locais, conforme suas necessidades estivessem atreladas à assistência médica ou às práticas da saúde pública. Nesse contexto a integralidade exigia certa *horizontalização* dos programas anteriormente verticais, buscando superar a fragmentação das ações no interior das unidades de saúde, associando assistência e práticas de saúde pública. Nesse sentido, não é admissível que um homem com diabetes, tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três locais diferentes do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução do seu problema⁽³⁴⁾.

Em outras palavras, a partir do referencial da integralidade das ações e dos serviços de saúde, as equipes das unidades de saúde estavam convocadas a pensar e organizar o seu trabalho desde o horizonte da população e suas necessidades (questões objetivas e subjetivas demandadas pelos indivíduos), integrando num mesmo conjunto a saúde pública e a assistência, medidas preventivas e curativas, ações individuais e coletivas; portanto não mais partindo exclusivamente da inserção específica dessa população em algum dos diferentes programas do Ministério da Saúde⁽³⁴⁾.

O novo arranjo institucional, concentrado no Ministério da Saúde após a extinção do MPAS, não mais estabelecia fortes distinções entre os serviços e as ações de saúde pública e os assistenciais; pelo contrário, propunha uma articulação entre eles. Essa nova forma de organizar o sistema de saúde originou novos desafios, como as tensões geradas pela convivência nos mesmos espaços de produção do cuidado, da demanda espontânea por consultas e da demanda programada – criada pelos serviços de saúde para responder às necessidades menos nitidamente sentidas pelas pessoas. A integralidade, perante tal desafio, busca conectar a demanda programada com a demanda espontânea, aproveitando as oportunidades geradas por esta última para aplicação de protocolos de diagnósticos precoces e de identificação de riscos para a saúde, bem como o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade⁽³⁴⁾.

2.1.2 A integralidade e as respostas governamentais às necessidades de saúde

Em outro sentido, a integralidade refere-se às características desejáveis das respostas governamentais (que precisam ser entendidas aqui como políticas públicas, não como programas verticais) às necessidades de saúde da população e os seus grupos específicos. Essas respostas governamentais abrangem tanto a perspectiva preventiva como a assistencial, orientando-se profundamente pela recusa em tornar as pessoas objetos e recortes a serem tratados pelas políticas de saúde e, por conseguinte, ampliando o horizonte acerca das necessidades de saúde demandadas pela população, sobre as quais as políticas podem incidir⁽³⁴⁾.

É sufocante pensar as necessidades de saúde da população dentro de uma visão reducionista, própria do paradigma da medicina ocidental, que não leva em conta os contextos culturais e as mais variadas formas de dominação que costumam conferir características específicas aos diferentes segmentos populacionais a que se destinam as políticas de saúde. Mesmo que pensadas num plano abrangente (saúde da mulher, saúde do homem), as políticas devem estar porosas para a compreensão das dinâmicas envolvidas na produção das iniquidades sociais e das diferenças de classe, cor/etnia, gênero, geração. Tais dinâmicas dizem coisas importantes sobre as singularidades do adoecer humano e nos aproximam da integralidade. As respostas governamentais podem e devem estar inscritas dentro de uma perspectiva que contemple tanto a apreensão das especificidades do adoecer humano quanto a

emancipação, ou seja, a diminuição/superação das diversas formas de dominação, pois estas possuem ampla relação com a saúde e a doença.

Foi justamente esse tipo de crítica que o movimento feminista brasileiro fez em relação ao modo como a saúde da mulher era tratada no país (saúde do útero), conseguindo exercer forte influência sobre a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa, embora limitado aos problemas relacionados diretamente ao útero, às mamas e ao planejamento familiar, é considerado um marco inicial da integralidade nas respostas governamentais, pois conseguiu avançar em relação aos programas que reduziam as pessoas a doenças, órgãos e problemas⁽³⁴⁾.

A luta que deve ser travada, a exemplo da militância do movimento feminista, é pela construção/continuidade de políticas abrangentes, nas quais o ser humano não seja pensado numa perspectiva recortada: um útero, uma próstata, a hanseníase, a tuberculose, a diabetes etc. Podem-se criticar também os programas governamentais que não envolvem conjuntamente as dimensões da promoção, da prevenção, do tratamento e da recuperação, tratando-as de modo separado. É preciso exigir, ainda, que o cuidado não seja pensado somente do ponto de vista dos serviços e de seus técnicos, pois uma resposta política mais próxima da integralidade exige a participação da população na definição das características dessa política. Muito provavelmente, a integralidade exige a transgressão de certos muros setoriais, corporativistas e epistemológicos.

2.1.3 A integralidade e as práticas dos profissionais de saúde

Finalmente, destaco a integralidade como um conjunto de valores a serem sustentados e defendidos nas práticas de saúde e que são expressos na forma como os profissionais respondem às necessidades de saúde das pessoas. Esses valores consideram inaceitáveis as práticas que tendem a reduzir as pessoas a aparelhos mecânicos ou a sistemas biológicos com lesões ou disfunções, bem como as ações em saúde voltadas apenas para o sofrimento manifestado. A integralidade reporta a importância de os profissionais apreenderem as demandas mais abrangentes das pessoas, no entrelaçamento singular de suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, que podem ou não terem se manifestado em sofrimento⁽³⁴⁾.

A integralidade, nesse sentido, corresponde ao conjunto de valores ligados ao que se pode definir como uma boa prática dos profissionais de saúde, e relaciona-se com um

movimento que ficou conhecido como *medicina integral*, fruto das discussões do ensino médico nos Estados Unidos. Esse movimento criticava a atuação médica cada vez mais fragmentária (corpo físico, sistema, órgão, lesão, disfunção), que reduzia as pessoas somente à sua dimensão biológica, recortando-as analiticamente dentro de suas especialidades médicas e desprezando a apreensão das suas necessidades ampliadas⁽³⁴⁾. As críticas desse movimento estavam concentradas nas escolas médicas e em seus currículos de base flexneriana, e suas propostas incluíam modificar o que era considerado básico (as ciências básicas) nos currículos, pela introdução de conhecimentos relativos à sociedade e aos contextos culturais, ao adoecimento e à relação médico-paciente. Outra proposta consistia em enfatizar novos cenários de aprendizados, além das enfermarias dos hospitais e laboratórios, levando os estudantes para comunidades e ambulatórios, onde supostamente apreenderiam o contexto de vida dos pacientes e estariam menos contaminados pelos recortes das especialidades⁽³⁴⁾.

Quando a medicina integral chegou ao Brasil, foi fortemente influenciada pelas ideias do Movimento Sanitário, sofrendo uma renovação teórica pela ótica da saúde coletiva, que considera as práticas de saúde como práticas sociais. Isso acabou por deslocar o eixo interpretativo da medicina integral: reduziu drasticamente o peso das escolas na produção de atitudes fragmentadas e reducionistas nas práticas de saúde e concentrou sua crítica na racionalidade biomédica. A interpretação corrente entendia que as atitudes fragmentadas e reducionistas não eram produzidas nas escolas, mas reproduzidas nelas. Isso gerou uma visão de que a medicina ocidental era contrária à integralidade e, assim sendo, os médicos deveriam ser subordinados por outra racionalidade – a sanitária – e/ou incorporar as racionalidades das medicinas complementares. Por outro lado, ainda concordando com as críticas sobre as dificuldades causadas pela racionalidade biomédica, e também coerentes com o referencial da saúde coletiva, alguns apostaram na desconstrução interna dessa racionalidade feita de dentro das escolas, pela mudança dos currículos e pela busca da integralidade⁽³⁴⁾.

As transformações das políticas, dos serviços e das práticas de saúde não podem ser dicotomizadas, ou seja, substituir a racionalidade biomédica *versus* mudar as instituições formadoras. Não se acredita que a exclusão dessa racionalidade, deixando simplesmente para trás todo seu conhecimento e suas técnicas de intervenção na doença, seja o melhor caminho para transformar as ações e os serviços de saúde. O movimento que cabe é tentar diminuir o foco no biológico, na doença, no positivismo, no enrijecimento das relações interpessoais e

afetivas, na medicalização da vida⁸ e em todos os aspectos que colaborem para modelo assistencial trancafiado numa perspectiva fragmentária e redutora da vida.

O esforço para modificar a clínica reducionista passa pela incorporação de um *sincretismo* que possa contemplar outras racionalidades (homeopatia, medicina chinesa e ayurveda) e outras práticas de saúde (benzeduras, medicina indígena etc.). A incorporação dessas outras racionalidades e práticas, somadas ao uso do arsenal de conhecimentos e técnicas que, mesmo provenientes da biomedicina, devem ser orientados (não renegados) pela integralidade e sua visão ampliada da saúde, podem refundamentar as práticas do cuidado.

No decorrer desse capítulo observamos que o desafio imposto não suporta esperar por mudanças no modelo de atenção à saúde sem investimentos modificantes nas escolas formadoras: currículos, cenários de aprendizagem, educadores e práticas cuidadoras carecem de inovação criativa. O referencial da saúde coletiva vem ajudando a pensar as mudanças na formação e no modelo de atenção à saúde quando tenta inventar outros modos de ensinar, aprender, pensar e agir em saúde, privilegiando as histórias de vida, as singularidades do adoecimento, as diferentes racionalidades, as experiências culturais, enfim, a integralidade.

A concretização dessas considerações é possível de ser alcançada nas políticas públicas e na micropolítica do cuidado. Antes de provocar uma agonia paralisante e nos levar ao desencanto em relação à consolidação do SUS, a integralidade avança como bandeira de luta: uma utopia que nos move em direção aos nossos sonhos, que podem não ser totalmente atingidos, mas que continuarão deixando marcas profundas e substanciais no caminho da saúde no Brasil. Ela serve mais como um “ideal regulador” do que uma totalidade, ou seja, não pode ser totalmente atingida, mas deverá ser constantemente buscada⁽³⁵⁾.

2.2 A integralidade e a formação dos profissionais de saúde e enfermagem

Uma formação em saúde sob o eixo da integralidade^(2,4) tenta conectar ensino e trabalho; procura vincular o ensino, a pesquisa e a extensão; é centrada numa pedagogia

⁸ A medicalização da vida está fortemente relacionada com o consumismo de remédios, drogas e aparelhos de biotecnologia que transformam a saúde em mercadoria. É propagado um ideal de saúde que deve ser atingido por todos os indivíduos, independentemente de sua cultura, desejos e possibilidades concretas, pois a dor, a doença e a imperfeição estética são consideradas ultrajantes e devem ser combatidas pela ciência. Qualquer distanciamento em relação à saúde ideal é visto como um desvio, uma transgressão inoportuna e insuportável da perfeição pretendida, portanto, devendo ser corrigida⁽³⁶⁾.

problematizadora; e não aceita a fragmentação como modo de organizar os saberes-fazeres em saúde. Tenta facilitar práticas interdisciplinares e intersetoriais, disponibilizar espaço e tempo para a criatividade, além de incluir o enfrentamento articulado entre as necessidades da população e o desenvolvimento do SUS. Busca diminuir de forma radical o biologicismo e a medicalização da vida, por ser centrada nas pessoas e não nos procedimentos sobre as pessoas. Procura atender aos desafios atuais da produção de conhecimentos e das profissões, estando preocupada com o processo de adoecimento e promoção da saúde, e não apenas com a doença e sua prevenção. É norteada pela produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização entre os profissionais de saúde e as pessoas envolvidas nas situações cuidadoras. Por conseguinte, incorpora, acredita e valoriza outros cenários de aprendizado para além do laboratório, do hospital e do ambulatório ligado ao hospital. Em suma, a integralidade na formação convida-nos a sonhar com transformações nas políticas, nos serviços e nas ações de saúde, em prol da consolidação do SUS mediante as determinações dos seus princípios e diretrizes.

Ainda estamos distantes de uma formação que se fundamente sobre o eixo da integralidade. O modelo dominante de educação dos profissionais da saúde, como ressaltado anteriormente, segue as recomendações do Relatório Flexner, adotado a partir dos anos 1940 no país, com a intenção de tornar científico o ensino superior. Segundo esse relatório, produzido 30 anos antes, uma educação científica das profissões da saúde estaria centrada no biológico, na especialização, na pesquisa experimental e no hospital. Consequentemente, a educação científica na saúde foi adquirindo caráter instrumental, fragmentada em especialidades, baseada em evidências de adoecimento, em intervenções por procedimentos e no uso excessivo de tecnologias e equipamentos⁽²⁾.

Nessa trajetória tortuosa, a saúde foi perdendo terreno para a doença. Por isso, a ênfase está no biológico, nas técnicas de diagnóstico e terapêutica, em detrimento aos contextos sociais e projetos de vida das pessoas, famílias e comunidades. É interessante notar que em 1940, quase simultaneamente às recomendações de Abraham Flexner serem aceitas no Brasil, incorporando fortemente a noção de saúde apenas como ausência de doenças, outras recomendações sobre a noção de saúde partiram da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O conceito de saúde da OMS foi apresentado ao mundo na carta de princípios de 7 de abril de 1948, e sua definição nos diz que saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades. Por um lado, a postura da OMS implicava o reconhecimento do direito à saúde e da responsabilidade do Estado em sua

promoção e proteção. Por outro, esse conceito refletia a aspiração dos movimentos sociais nascidos no pós-guerra e sua luta pela saúde como expressão de vida plena, sem privações⁽³⁷⁾.

O conceito proposto pela OMS sofreu algumas críticas contundentes, tais como: constatação de que um estado de completo bem-estar físico, mental e social seria uma situação inatingível, portanto essa definição não poderia ser usada de modo objetivo pelos serviços de saúde; que o conceito poderia ser usado de modo indevido, visto que sua abrangência, sob o pretexto de promover saúde, permitiria abusos por parte do Estado na vida dos cidadãos; e o não rompimento com a noção de cisão entre o físico, o mental e o social⁽³⁷⁾. Não se pode desprezar, contudo, o avanço desse conceito em relação a setores da sociedade que procuravam interpretar a saúde apenas como a ausência de enfermidades, não valorizando suas causas sociais e o papel do Estado como seu provedor.

A posição conceitual da OMS aludia o mal-estar às ideias predominantes e acabou por repercutir fortemente na área da formação em saúde. Naquela época, avançaram as ideias de que o ensino deveria ter seu foco biológico diminuído e estabelecer um intercruzamento com a psicologia, as humanidades e as ciências sociais e humanas para um projeto político pedagógico que não se resumisse a uma visão educativa apenas instrumental, cuja razão científica era a biologia. No Brasil, os anos 1960 foram marcados por uma reforma do ensino que estimulou a abertura de departamentos, disciplinas e áreas de ensino da saúde pública, com ênfase no ensino de conteúdos relativos à prevenção em saúde, notadamente nos cursos de enfermagem, medicina e odontologia. Estabeleceu-se uma importante relação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e as instituições formadoras.

Tudo isso excitou o debate acerca do ensino em saúde pública e das demandas de mudança na atitude dos docentes, a integração curricular e a produção de uma formação voltada para a participação da melhoria das condições de vida da população. Apesar das fortes limitações, essa reforma do ensino germinou a noção de mudança na educação dos profissionais da saúde como movimento organizado. Algumas das tentativas de reorientação da formação em saúde serão expostas a seguir, focando, principalmente, as iniciativas referentes às graduações em enfermagem e medicina.

Começo referindo-me aos anos 1970, com os projetos de aprendizagem em saúde comunitária que procuravam relacionar a formação com a cultura, a história, as diferentes racionalidades e políticas sociais para melhor compreender a vida em contextos comunitários. Prevendo o potencial libertador dessas ações, o regime militar brasileiro cooptou grande parte

dos setores da educação e da saúde para forjar uma aceitação ao *status quo* e o assistencialismo aos setores populares. Por outro lado, os atores que desenvolviam projetos em saúde comunitária entraram em contato com as metodologias da educação popular e aprenderam sobre cidadania e participação. O resultado é que as experiências de saúde comunitária no Brasil produziram uma trajetória híbrida de opressão e libertação social⁽⁴⁾.

Na perspectiva do poder ditatorial instituído, a participação comunitária visava a integrar os setores populares ao processo de desenvolvimento nacional. O governo incentivava o emprego dos recursos das próprias comunidades como estratégia de superação da condição marginal em que foram condicionadas. Entretanto “a retórica da superação da pobreza mal consegue esconder que se trata de afastar o espectro da Revolução Cubana a rondar o continente americano desde meados da década de 1960”⁽³⁸⁾. Pode-se dizer que o aspecto mais importante das experiências de saúde comunitária foi a possibilidade de criação e reorientação dos interesses e objetivos de uma “comunidade”, tensionando os limites da estrutura social estabelecida e do poder vigente que sustentava essa estrutura⁽³⁸⁾.

A década de 1980 foi marcada por importantes conquistas políticas: o término da ditadura, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Cidadã e o SUS. Na época, aumentaram as reivindicações por novas experiências de integração ensino-serviço, foi valorizada a aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os conteúdos das ciências sociais e humanas incorporados de forma mais densa nas reformas curriculares. Mas, na procura por mudanças realmente significativas, os projetos educacionais e políticos em disputa distinguiram dois tipos de profissionais: os “formados para a comunidade” e os “formados para o Hospital”⁽²⁾.

No período mencionado, é importante destacar o papel da rede de projetos IDA (Integração Docente-Assistencial) que, juntamente com outras experiências de integração ensino-serviço, foi determinante para a expansão das noções de atenção integral à saúde, integração entre formação e trabalho, criação de projetos interprofissionais na graduação, na extensão universitária e nas residências. Nos anos 1990, a rede de projetos UNI (uma nova iniciativa da educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade) revitalizou a noção de integração ensino-serviço. A contribuição da representação popular no debate sobre as mudanças na formação em saúde foi reconhecida e incluída nas discussões. Isso fez com que as reformas curriculares fossem desafiadas para além da reforma conteudista e da montagem de unidades-escola pertencentes à universidade. O que se viu foi o advento da

saúde comunitária participativa e conectada às redes locais de saúde, ou seja, a integração ensino-serviço-comunidade⁽²⁾.

Na avaliação conjunta sobre os limites, as dificuldades e as potencialidades das redes de projetos UNI e IDA, em relação à reforma do ensino da saúde, seus protagonistas optaram pela estruturação da Rede Unida e estabeleceram alguns enunciados teóricos importantes acerca das mudanças na educação dos profissionais de saúde. A Rede Unida estreia afirmando que o processo de mudança precisa ser realizado no conjunto das profissões da saúde; mudança que não é baseada em conteúdos, mas em projetos de formação. Sinaliza a necessidade da instituição de projetos intercursos para o desenvolvimento e aprendizado da atenção integral. Salienta ainda que a participação popular precisa estar incluída nos processos de mudança e que a interação da formação com o sistema de saúde deve ser fortalecida⁽²⁾.

Ainda nos anos 1990, houve a construção da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que realizou uma ampla avaliação das escolas e do ensino médico no Brasil, contando com a participação de diversos segmentos, inclusive os movimentos estudantil e sindical. Algumas propostas do CINAEM foram a elaboração de currículos voltados para as necessidades de saúde e as mudanças da pedagogia transmissiva para uma problematização das práticas de saúde, da gestão dos cursos, da capacitação docente e dos processos de avaliação⁽³⁹⁾. O projeto ambicionava uma nova teoria científica no ensino, contra as determinações do Relatório Flexner e favorável às determinações da Reforma Sanitária Brasileira, contudo não foi operacionalizado⁽²⁾.

Entre o final dos anos 1980 e meados dos anos 1990, a enfermagem buscou sua mudança paradigmática por meio da construção de Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem: a substituição do paradigma da assistência às doenças pelo paradigma do cuidado. Tal trajetória gerou um Movimento de Educação em Enfermagem que preconizava uma formação técnico-científica politizada, voltada para as demandas de saúde da população, em concordância com os princípios do SUS e com os temas do cuidado, da integralidade e da Reforma Sanitária Brasileira⁽²⁾.

Apesar de todas as alterações ocorridas nos programas de ensino (1923, 1926 e 1949) e nos currículos mínimos (1962, 1972 e 1994) da formação em enfermagem, as mudanças conservaram fortes traços biomédicos. Mesmo o currículo mínimo de 1994, concebido de forma coletiva e com intenso debate político que incluiu os conteúdos da saúde coletiva, manteve a preocupação de subdividir-se em especialidades médicas na área temática

“Assistência em Enfermagem”⁽⁴⁰⁾. A ideia de currículo mínimo para orientação dos cursos de graduação chegou ao fim no ano início dos anos 2000, com a aprovação, entre 2001 e 2004, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A intencionalidade dessas diretrizes foi indicar caminhos que pudessem orientar as instituições formadoras e seus atores na busca por uma ressignificação filosófica do ensino das profissões. Apesar do esforço, alguns autores avaliam que a enfermagem vem priorizando, ao longo dos anos, as necessidades do mercado de trabalho e dos setores dominantes da sociedade⁽⁴⁰⁾.

Na área da saúde, as indicações das DCN tentam reorientar uma formação notadamente biológica, linear, de causa e efeito, na qual tudo é medido, pesado e contado; e que tem como objetivo principal submeter os profissionais e as pessoas ao seu regime de verdade, valorizando os primeiros, mais adaptados ao regime. Com isso, favorece o distanciamento entre profissionais e usuários, bem como uma fragmentação que gera a perda da dimensão relacional e recíproca da ação de cuidado⁽⁴¹⁾. Na área da enfermagem, as DCN propõem uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, norteada por um senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Essa formação deve atender às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS, a fim de assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento⁽⁴²⁾.

Outra iniciativa ocorrida na década passada foi o lançamento do Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos cursos de Graduação em Medicina (PROMED). Em 2002, o MS lançou um edital de seleção de projetos que possibilitassem a implantação das DCN para os cursos de medicina. Em 2005, o PROMED deu lugar ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), agora contemplando, além da medicina, os cursos de enfermagem e odontologia. Esses projetos receberam forte oposição do movimento estudantil da saúde, das outras profissões não incluídas e, também, das incluídas, porque desconsideravam, num certo sentido, as recomendações da Rede Unida, do Movimento de Educação em Enfermagem e as do projeto CINAEM. Na segunda fase do PRÓ-SAÚDE, após cinco longos anos do lançamento, foram incluídos os demais cursos da área da saúde.

Em 2004 o AprenderSUS foi apresentado pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde como *uma política do SUS* “para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino da graduação” com o objetivo de “orientar as graduações de saúde para a integralidade”⁽⁴³⁾. Essa política sustentou diversas iniciativas para a mudança na formação dos profissionais de saúde. Entre elas destaca-se o projeto Vivência e

Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), iniciativa que financiava a organização de vivências e estágios na realidade do SUS em todo o Brasil, disparando o protagonismo entre gestores e estudantes da saúde. Com o passar dos anos, esse projeto foi duramente criticado por alguns setores do movimento estudantil por se tratar de uma experiência pontual (15 dias) e não proporcionar um contato mais profundo e transformador com a realidade.

O VER-SUS Brasil faz parte da estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil, de aproximação dos estudantes universitários do setor saúde com os desafios inerentes à implantação do Sistema de Saúde no país. A missão é promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços saúde, levando-se em consideração os aspectos de configuração do sistema, as estratégias de atenção à saúde e de controle social. A complexidade desta articulação de processos caracteriza a perspectiva de gestão abordada no projeto.⁽⁴⁴⁾

O VER-SUS/Brasil: Extensão Universitária no SUS (VER-SUS Extensão) foi um desdobramento do projeto VER-SUS/BRASIL, porém com uma diferença importante. Não se tratava mais de um estágio quinzenal, mas de um projeto de extensão universitária que possibilitava uma maior inserção dos estudantes junto às comunidades e ao SUS. Era dividido em duas modalidades: os Estágios Regionais Interprofissionais no SUS (ERIP-SUS) e as Vivências em Educação Popular no SUS (VEPOP-SUS). Tais propostas de extensão universitária visavam à participação de estudantes da saúde junto às comunidades oprimidas do nosso país, colocando os estudantes diante de uma realidade inquietante e desafiadora “junto às populações do interior rural, remanescentes de quilombolas; em assentamentos e acampamentos rurais e de atingidos por barragens; em aldeias e distritos indígenas; ribeirinhas e de periferias urbanas das grandes cidades”⁽²⁷⁾. Além disso, era estimulado que os estudantes tivessem contato prolongado com movimentos sociais e grupos populacionais variados, experimentando a expressão da diversidade cultural em saúde.

Esses estágios e vivências devem contribuir para a sensibilização e familiarização dos estudantes e para o impacto positivo no desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), potencializando e ampliando patamares de qualidade das ações propostas, projetando a natureza das mesmas e a missão da universidade pública. Abrangem ações integradas de extensão/ensino/produção de conhecimento, articuladas à pesquisa, com ênfase no desenvolvimento regional e social, em uma política que venha a fortalecer a institucionalização da interação Universidade - Sistema de Saúde - Movimentos Populares.⁽²⁷⁾

No decorrer deste capítulo, procurei enfatizar que a integralidade é uma das bandeiras de luta que orienta o SUS e contém uma relação estreita com os movimentos que almejam mudanças na formação dos profissionais de saúde, a qual vem sendo questionada e combatida há muitos anos, no que tange à sua opção pelo modelo flexneriano de aprendizagem. Apesar da luta dos movimentos e dos avanços em programas e políticas, os profissionais continuam sendo formados com uma visão fragmentada e reducionista da vida, da relação saúde/doença e do seu próprio papel como protagonista de mudanças sociais. A graduação dos cursos da saúde ainda sustenta-se, na maioria dos casos, por pedagogias tradicionais que valorizam as relações verticais entre professores e estudantes, pelo hospital como templo maior do aprendizado, pelas especialidades cada vez mais hipertrofiadas, pela não politização estudantil e pelo mergulho intenso nos valores biomédicos.

No mesmo ritmo, ou próxima a ele, segue a graduação em enfermagem no Brasil, muito apegada à doença e à racionalidade positivista. Iniciativas como as taxonomias de diagnósticos de enfermagem buscam a consolidação da profissão como ciência biomédica e não produzem mudanças nesse paradigma. A dureza do positivismo é aceita em favor do *status* social da enfermagem, que, supostamente, precisa ser cada vez mais cientificista para ser reconhecida.

Isso resulta em opiniões como as publicada em artigo recente⁽⁴⁵⁾, de que a enfermagem deixou de ser submissa porque se tornou mais científica. A autora ressalta que as habilidades para realizar uma observação minuciosa e precisa do cuidado fazem parte do patrimônio técnico-científico da enfermagem e que a sistematização da assistência é a única forma de a profissão conseguir sua autonomia. Não quero pregar contra a importância do conhecimento científico para a enfermagem, mas dizer que sua adoração não gera improvisação, sensibilidade, criatividade e emoção, qualidades necessárias para a realização de um cuidado mais humanizado e resolutivo.

É improvável que exista uma relação de linearidade entre acumulação e aplicação de conhecimento científico e a humanização e resolutividade do cuidado – pelo menos diante das necessidades e perspectivas das pessoas a quem o cuidado é compartilhado. Nas relações de cuidado, e mesmo na valorização de uma profissão, existem outros fatores em jogo além do simples apego doutrinário à ciência – a politização dos profissionais e a militância por uma saúde de qualidade, por exemplo. O cuidado é responsabilização e construção de projetos terapêuticos singulares, movidos, sobretudo, pelo diálogo. A educação em saúde tradicional já provou que a simples transmissão do conhecimento biomédico pouco contribui para a

melhoria da qualidade de vida das pessoas; antes disso, gera preconceito, autoritarismo e doença. A seguir, entrarei no debate sobre educação e saúde, buscando uma aproximação entre educação popular e integralidade.

2.3 Educação popular e a prática da integralidade

A conquista de outra formação em saúde exige o compromisso das instituições formadoras com a melhoria da qualidade de vida e a consolidação da saúde como direito humano. Em outras palavras, é necessário o estímulo a métodos de aprendizagem que promovam o entrelaçamento entre propósitos individuais e sociais para obtenção de uma vida em coletividade, com o máximo de dignidade. Repensar os modelos pedagógicos que estão em disputa no meio acadêmico e seus reflexos na formação e na educação em saúde faz parte desse processo. A seguir, apresentarei, em linhas gerais, as duas concepções pedagógicas que, a meu ver, na atualidade, exercem o domínio no campo da saúde, fortalecendo ou negando a construção da prática da integralidade.

2.3.1 Concepções pedagógicas em disputa na formação e na educação em saúde

A educação bancária⁽⁴⁶⁾ é descrita como um instrumento de opressão, na qual o papel do educador é reduzido à tarefa de depositar nos educandos o conteúdo de sua narração. O educador bancário conduz os educandos à memorização mecânica, paciente e dócil dos seus depósitos de saberes. Nessa concepção educativa o papel do educador é educar, pensar, saber, dizer a palavra, escolher o conteúdo, optar e prescrever sua opção. Ao educando, o papel destinado é o de ser educado, pensado, não saber, escutar passivamente, acomodar-se ao conteúdo, seguir a prescrição, para, enfim, acumular e transmitir saberes. O educador é o sujeito do processo de aprendizagem, e o educando, o objeto paciente e repetitivo.

A educação bancária é baseada na experiência do educador e na transmissão do conhecimento. Ela atribui grande importância aos conteúdos e espera que os educandos os aceitem sem crítica e modificações, para posteriormente reproduzi-los nas provas. O objetivo dessa educação é o acúmulo de saberes pelo estudante, não importando se os saberes possibilitarão uma formação integral e a convivência em comunidade. Além disso, seu

método educativo propõe a passividade do educando, a memorização e o manejo de conceitos abstratos e distantes de suas experiências pessoais. Enfim, a educação bancária não está voltada para a resolução original e criativa dos problemas concretos da realidade em que vivem os educandos⁽⁴⁷⁾.

Os educadores bancários transmitem certezas e dissertam sobre a verdadeira maneira de compreender e agir no mundo. Consideram a finalidade (acumulação e transmissão de informação) e negligenciam o necessário processo crítico e reflexivo sobre a construção do conhecimento. Estimam, sobretudo, a repetição de suas sentenças previamente prescritas. Entretanto qualquer prática pedagógica que exclua a crítica sobre si mesma e ao mundo tende a aliar-se com aqueles que informam e impõe aos indivíduos suas perspectivas da vida em sociedade, postulando verdades que pretendem ser indiscutíveis e que devem ser repetidas conforme seus interesses.

Em oposição à educação bancária, tem-se concepção problematizadora da educação, cuja sustentação é o diálogo e a liberdade. Se existir humanamente é modificar o mundo, num movimento que é solidário, pode-se dizer que o diálogo é uma exigência existencial no encontro entre aqueles que buscam refletir e agir sobre o mundo, não para conservá-lo na iniquidade, mas para transformá-lo. A educação problematizadora, portanto, não pode reduzir-se a um depósito de ideias de uma pessoa na outra, tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos sujeitos. Ela está inserida no movimento de busca pela liberdade, considerando que a liberdade é uma conquista gerada em comunhão, pelo compartilhamento do mundo e das formas de lutar pelos direitos sociais. Não é doação, pois ninguém tem a liberdade de ser livre; pelo contrário, lutamos por ela justamente porque não a temos⁽⁴⁶⁾.

A educação problematizadora visa a um pensar-actuar sobre as relações de opressão que sofrem a classe trabalhadora, pelos sujeitos envolvidos no processo educativo dialógico e libertador. Dessa maneira, o processo de aprendizagem procura estimular a consciência crítica de educandos e educadores para que, a partir da descoberta contínua da realidade concreta e subjetiva em que estão inseridos, possam mutuamente se conscientizar por meio da práxis⁽⁴⁶⁾, isto é, da ação e da reflexão sobre o mundo para transformá-lo. A consciência crítica, segundo Paulo Freire⁽⁴⁶⁾, é a permanente construção de conhecimentos que desvelam o cotidiano “naturalizado” e conduz mulheres e homens em sua vocação ontológica e histórica de humanizar-se – pensar e atuar no mundo não fechados em si mesmos, mas de acordo com as necessidades das outras pessoas, ou seja, solidariamente. Nesse sentido é que a educação pode

ser uma prática de liberdade, voltada para a emancipação enquanto processo mais amplo de criação e ressignificação da vida em sociedade⁽⁴⁸⁾.

Na perspectiva freireana, o desafio de reinventar o projeto de emancipação surge por meio de sua releitura das doutrinas marxistas que analisam a realidade social a partir de uma lógica mecanicista e determinista⁽⁴⁹⁾. As teses do marxismo ortodoxo que definem a luta de classes como o motor da história e o proletariado como ator universal da revolução da sociedade, em toda obra de Freire, foram questionadas por reduzirem a história a um progresso linear e determinista – o indivíduo reduzido a puro reflexo das estruturas socioeconômicas^(49,50). Freire não rompe com o marxismo, mas empreende outra leitura de sua teoria, na qual o valor e o papel da subjetividade na história ganham relevância na defesa do movimento dialético entre objetividade e subjetividade, consciência e mundo, realidade social e existência pessoal⁽⁴⁹⁾.

A emancipação, assim como a liberdade, são vocações humanas que exigem o permanente aprofundamento da participação democrática, da construção efetiva da cidadania, da crítica aos obstáculos impostos pelo ideário neoliberal e da constituição de indivíduos autônomos. Mas não basta prestar referência formal ao princípio da autonomia ou trocar o bem público pela liberdade de buscar a satisfação pessoal. Autonomia não é sinônimo de liberdade individual, portanto precisamos trazer do exílio ideias como igualdade (equidade), boa sociedade, justiça e bem público – noções que só fazem sentido se cuidadas e cultivadas na companhia de outros⁽⁵¹⁾.

2.3.2 A educação em saúde tradicional

As duas concepções de educação apresentadas, bancária e problematizadora, exercem forte influência na área da saúde. Pode-se dizer que os valores e os pressupostos da educação bancária sustentam a transmissão do paradigma biomédico e orientam a educação em saúde tradicional. Já os valores e os pressupostos que orientam a educação problematizadora podem ser relacionados com a noção de integralidade e educação popular.

A ideia de uma educação sanitária foi construída no Brasil a partir do terceiro quarto do século XIX, com a formulação de ações higiênicas destinadas às famílias abastadas economicamente. Essas ações procuravam impor uma educação física e moral, intelectual e sexual, inspiradas nas exigências de uma moralidade sanitária, com o objetivo de europeizar

os hábitos e os costumes dos grupos dominantes. Nessa época, as camadas populares, marginalizadas socialmente, não eram incluídas na alteração dos padrões sanitários. No início do século XX, entretanto, quando os grupos dominantes resolveram tornar o povo brasileiro limpo, educado, obediente e ainda mais adaptado aos interesses das elites, essa situação mudou⁽⁵²⁾.

Os setores empobrecidos passaram a ser considerados um obstáculo para o progresso do país. Seus costumes, suas crenças e seus hábitos não condiziam com o ideal de modernização do Estado. Era preciso higienizar o povo pela coação, buscando seu ajustamento ao *status quo*, pois diversas epidemias assolavam o país e prejudicavam sua economia e imagem no exterior. Para conter a disseminação de doenças como febre amarela, varíola e peste no estado do Rio de Janeiro, um modelo repressivo de intervenção médica sobre os corpos individuais e sociais foi adotado. Os métodos utilizados foram a vacinação em massa, a remoção de doentes, a limpeza de ruas e domicílios, e a retirada de tudo e todos que fossem julgados como prejudiciais à saúde da população. O público-alvo (expressão muito apropriada nesse contexto) eram as pessoas que viviam nas áreas marginalizadas e com maior densidade demográfica dos centros urbanos. Para assegurar a eficácia das ações sanitárias, as brigadas sanitárias de Oswaldo Cruz eram acompanhadas de soldados da polícia^(53,54).

Os setores populares e seus territórios de vida eram considerados como responsáveis, quase que exclusivamente, pelas doenças que assolavam a nação; sendo assim, precisavam ser tratados por meio da força repressiva do Estado. Nesse momento, a educação era realizada por meio de folhetos informativos que explicavam ao povo os meios de não contrair doenças. Esses folhetos continham sentenças breves e eram chamados de *Conselhos ao povo*, constituindo a principal ferramenta de educação higiênica. Os grupos populares eram consideradas ignorantes e incapazes de obter um maior entendimento sobre sua saúde⁽⁵²⁾.

A partir dos anos 1920, as ações repressivas do estado foram sendo substituídas gradualmente por uma educação para a saúde. Esta começou a ser desenvolvida por professoras e educadores sanitários que pregavam os princípios da higiene para uma vida saudável, principalmente para as crianças e os jovens, nas escolas e em centros de saúde. Também nessa época ganhou força um movimento de base fascista que procurava um *higienismo da raça*, mediante o entrelaçamento de ciência, educação, propaganda e legislação – o eugenismo. Seu objetivo era evitar qualquer desordem social ou moral, passando por cima de tudo e de todos, com suas noções de hábitos de vida puritanos, branqueamento da

população e casamento eugênico, a fim de impedir a multiplicação dos inaptos. A educação, nessa miragem, servia para domesticar e moralizar os setores populares, bem como manter livres as elites brasileiras de contaminações de raças supostamente inferiores^(52,54).

O pressuposto que perpetua o movimento de cima para baixo da educação em saúde é sustentado pela ideia de que os setores populares não possuem conhecimentos próprios e precisam de orientação a partir do conhecimento dos setores dominantes. As pessoas são julgadas ignorantes, por serem ignorantes são pobres, por serem pobres não têm saúde, e por não terem saúde são pobres. Supostamente, esse círculo vicioso seria rompido, segundo a educação em saúde tradicional, na medida em que os populares fossem educados⁽⁵⁵⁾.

Essa orientação, a partir do conhecimento das classes dominantes, tem na educação em saúde e na racionalidade biomédica uma estratégia de adaptação das classes populares a normas e preceitos sobre o que é ou não saudável para a vida em sociedade, sobre quais comportamentos são adequados para que a doença seja evitada e a saúde promovida. Isso tudo é pensado independentemente das condições objetivas e subjetivas dos indivíduos e de suas representações sobre os significados de saúde e doença nas suas vidas.

Ao receberem os depósitos de saberes saudáveis, as pessoas estariam aptas a cuidar da própria saúde, podendo escolher entre as melhores opções do cardápio assistencial e, a partir daí, mudar seus comportamentos para conquistar uma melhor qualidade de vida, segundo a visão técnico-científica dos profissionais da saúde. Pouco importa a história de vida dessas pessoas e suas possibilidades tangíveis de fazerem escolhas saudáveis. Na visão de muitos profissionais de saúde, o papel educativo está concluído na medida em que os saberes científicos foram divulgados. Aceitar uma vida saudável e mudar comportamentos, no olhar desses profissionais, só depende da vontade das pessoas que procuram seus conhecimentos.

As pessoas, sobretudo as dos setores empobrecidos, são consideradas patologias de uma sociedade saudável e precisam ser curadas de sua ignorância crônica. Essa conclusão preconceituosa busca eximir a corresponsabilidade dos profissionais pelas condições de saúde da população, esconde a ineficácia da pedagogia tradicional e serve para diluir a responsabilidade do Estado nas resoluções das demandas de saúde e no acesso e uso dos bens e serviços de consumo coletivo. Mesmo que a saúde seja considerada, no Brasil, um direito de todos e um dever do Estado, e muitas sejam as críticas ao modelo tradicional da educação em saúde – que conserva fortes traços de uma pedagogia higiênica –, o preconceito e o

autoritarismo diante das camadas desprivilegiadas permanece no cotidiano das ações e dos serviços de saúde.

Em síntese, a educação em saúde tradicional expressa uma assistência antidialógica e voltada excessivamente para a doença e seu controle, visto que: o ato educativo está fechado para os conhecimentos prévios das pessoas a quem o cuidado é dirigido; a crença é que as pessoas, principalmente os empobrecidos da sociedade, são analfabetas em saúde; o conhecimento técnico é transmitido de forma descontextualizada da vida das pessoas; o objetivo central é prevenir doenças, em vez de, também, promover saúde e qualidade de vida. As doenças são entendidas como erros de conduta pessoal, ou seja, as pessoas escolhem adoecer quando optam por comportamentos não saudáveis, segundo os critérios científicos; a interação entre estrutura social, condições de vida e a cultura das pessoas é pouco ou nada valorizada como condicionante (e determinante) da saúde. O resultado desse processo é que a educação em saúde tradicional tende a considerar as pessoas culpadas por seu adoecimento.

2.3.3 Fragmentos históricos da educação popular e sua afinidade com a integralidade

A educação popular surge de forma mais sistematizada em meados dos anos 1970, fundamentada nas ideias de Paulo Freire e em sua pedagogia problematizadora. Essas concepções foram agregadas sob o rótulo de educação popular e configuram um paradigma latino-americano que trouxe inúmeras contribuições para a pedagogia mundial, inspirando inúmeros líderes, intelectuais e educadores de todo o mundo a problematizarem e participarem dos desafios concretos dos movimentos populares em direção à transformação das realidades opressoras⁽⁴⁹⁾.

A educação popular representa um movimento político-pedagógico voltado para o trabalho com a classe trabalhadora, respeitando e aprendendo com seus conhecimentos, seus interesses de classe – mas também de cor/etnia, gênero, geração etc. – e sua participação na conquista por condições dignas de vida. É um movimento que envolve a perspectiva da participação social contra as iniquidades e pela conquista e ampliação permanente da cidadania. Ela revela um saber-fazer ético que busca a “conscientização” dos oprimidos e, por conseguinte, a dos opressores, para a convivência fraternal no mundo, mediante transformações políticas, culturais, sociais e econômicas. Essas transformações estão inseridas no campo democrático participativo e pretendem reverter a disseminação eufórica e

irresponsável dos valores neoliberais, como a competitividade, o individualismo, o consumismo desenfreado, a naturalização das iniquidades e a destruição da natureza.

No Brasil, desde meados do século XX, projetos culturais na educação têm tomado um rosto identitário da educação popular ou vizinho a ela, conforme os diferentes momentos históricos. Tais momentos da educação popular podem ser divididos em cinco períodos:

As escolas anarquistas do início do século XX no Brasil. A educação surge como proposta pedagógica de vocação anarquista e socialista (em menor escala), destinada a projetos educativos realizados através de pequenas escolas de trabalhadores. Essas escolas foram criadas e dirigidas por organizações trabalhistas, voltadas aos operários adultos e seus filhos, localizadas em bairros operários do Rio Grande do Sul, de São Paulo e do Rio de Janeiro. Provavelmente, foi o primeiro momento em que uma experiência pedagógica com o perfil alternativo e transgressivo de uma educação popular foi realizada no Brasil⁽⁵⁶⁾.

A luta pela escola pública no país. A luta pela escola pública foi travada por educadores e intelectuais latino-americanos entre o término do século XIX e o começo do século XX. O movimento brasileiro ganhou força a partir dos anos 1920, quando emergiram grupos organizados e ramificados por todo o país em prol da criação de escolas públicas, gratuitas e laicas. Foi protagonizado um trabalho social que exigia a democratização da educação, e envolveu, além de grandes educadores, diversos atores anônimos, gerando embriões do que mais tarde viriam a ser os nossos movimentos sociais. O nome educação popular foi empregado pela primeira vez com um sentido político e ideológico no Brasil⁽⁵⁶⁾.

A educação popular como cultura popular na década de 1960. O educador Paulo Freire foi seu principal idealizador e, daí pra frente, sua principal referência. O Movimento de Cultura Popular (MCP) – ligado à prefeitura de Recife (PE) – foi o organismo de criação de ideias e de realização de experiências, e que juntamente com os Centros Populares de Cultura (CPC) – criados pela UNE em 1962 – difundiram o ideal de educação libertadora. Essa foi uma época de intensa militância política através da educação que desencadeou um projeto “libertador” de consciências e de culturas, de pessoas e de sociedade. O sentido político da teoria e prática pedagógica deveria ser invertido. A educação precisava sair do isolamento elitista e se democratizar. Sua práxis necessariamente tinha que emergir das condições da classe trabalhadora oprimida e ser coerente com sua visão de mundo. O processo educativo seria de um diálogo cultural, no qual diferentes conhecimentos são respeitados. As

manifestações culturais das classes populares, seus símbolos e significados seriam tomados como matriz dos conteúdos pedagógicos⁽⁵⁶⁾.

A educação dos e por meio de movimentos populares. Diante do período de abertura política pelos governos militares, aconteceu uma forte associação entre a educação popular e os movimentos sociais. De alguma forma foi concebido que o educador popular surge do próprio movimento social, e o trabalho dos intelectuais estaria situado no plano do assessoramento desse educador popular e das suas frentes de luta. Há um progressivo afastamento da educação popular como pensada nos moldes dos CPC – preparar o povo para a revolução – e o surgimento de novos e diferenciados vínculos de compromisso político com os movimentos sociais. A educação popular vai diversificando sua identidade conforme o nascimento e a multiplicação de movimentos, cada vez mais singulares, envolvidos em alguma modalidade de ação popular⁽⁵⁶⁾.

A proposta de educação pública das autodenominadas administrações populares de governos municipais e estaduais no país. O momento presente é de esforço em torno da ideia de uma educação pública de caráter popular. Existe a vontade do retorno a uma educação de vocação político-cultural democrática e popular, viabilizada a partir de um projeto governamental e, portanto, institucionalizado e pactuado com o Estado⁽⁵⁶⁾.

Diante da exposição acerca dos diferentes períodos históricos da educação popular na experiência brasileira, mesmo que a abordagem tenha sido realizada de forma simplificada e incompleta, é possível afirmar que sua concepção teórica e sua prática social escapam das definições rígidas e perpétuas, sendo questionadas e diferenciadas de tempos em tempos. Fato que é completamente compreensível dentro de uma visão dialética da sociedade, na qual o movimento de mudança é permanentemente requerido.

Algumas divergências entre aqueles que produzem a educação popular ainda são marcantes. Antes de apontarem o déficit da proposta pedagógica, as diferenças impulsionam um constante repensar sobre a prática educativa popular, expandindo ou delimitando arenas de ações, confrontando os limites da teoria em relação à experiência vivida dos setores empobrecidos da sociedade, incorporando novos elementos educativos no desenrolar das lutas no campo dos direitos sociais em realidades democráticas. A seguir, apontarei algumas das principais divergências entre aqueles que pensam e agem na educação popular.

Na visão de alguns teóricos e/ou militantes, o educador popular é aquele que está no próprio movimento social; para outros, é aquele que utiliza os princípios éticos, políticos e

metodológicos da educação popular como referência em sua prática educativa. Alguns enxergam na proximidade da educação popular com o Estado, na escola, nos projetos de extensão universitária ou na construção de políticas públicas, um mecanismo de cooptação dos movimentos sociais; outros acreditam que a educação popular pode servir para induzir outras práticas nas escolas, serviços de saúde etc., disputando a predominância pedagógica e política nesses setores. Alguns educadores populares possuem posições marxistas ortodoxas, com o horizonte Guevara sempre em vista; outros procuram diferentes olhares dentro da inspiração marxista (teoria crítica) ou mesmo próximos da teoria pós-crítica.

É oportuno lembrar, nesse sentido, que o próprio Freire, principal referência da educação popular no mundo, chegou a dizer que era um pós-moderno progressista⁽⁵⁰⁾; trabalhou em projetos de extensão universitária; em campanhas de alfabetização de adultos promovidas pelo Estado, inclusive em diferentes países. Isso não quer dizer que ele tenha se filiado à teoria pós-crítica, priorizado o Estado em vez dos movimentos sociais, ou o espaço institucionalizado em detrimento dos espaços não formais. Isso quer dizer que a educação popular não tem proprietários ou verdades prontas e acabadas, e sim possibilidades, potências que são históricas, de trabalho conforme o contexto em que está inserida. Como educador do seu tempo, Freire sempre procurou rever a si mesmo, atento ao dinamismo da realidade, nunca fixando seu modo de pensar e de refletir sobre seu grande tema: a humanização da vida em sociedade⁽⁴⁹⁾.

Para aqueles que concordam que o adjetivo popular faz referência à intencionalidade política e amorosa do ato educativo, sintonizada com os interesses da classe trabalhadora e atenta às suas diferenças internas, a educação popular também pode ser produzida em ações, serviços e políticas de saúde, bem como na universidade e em outros terrenos institucionalizados. Mas, para tanto, a formação em saúde precisa estar baseada na criação de conexões afetivas, políticas e terapêuticas, geradoras de compromissos éticos com a população, na construção de uma sociedade menos desigual, com mais justiça social, apostando em metodologias participativas em que as pessoas sejam coprotagonistas dos processos de mudança, não apenas seus beneficiados. Entretanto a mudança não pode ser impositiva, pois “as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver”⁽²⁴⁾.

Não resolve, portanto, construir processos formativos e chamar de educação popular sem que haja um contato próximo com os setores populares e/ou os movimentos sociais oriundos e comprometidos com a classe trabalhadora. Encerrados na sala de aula, os

estudantes terão pouquíssimas chances de assumirem implicações com as transformações sociais que façam sentido na vida das pessoas mais vulneráveis. Mesmo que os estudantes acreditem que os setores populares serão os grandes beneficiados de suas obras terapêuticas, por exemplo, isso não quer dizer que esses setores concordem com os critérios estabelecidos ou que essas obras representem suas demandas ou tenham relações com seus projetos de vida. Por isso, dentro do setor saúde, aqueles que desejam ser coerentes com os pressupostos da educação popular precisam estar em conexão com as pessoas nos seus territórios de vida para apreender seus anseios e necessidades diante do processo de produção de saúde e construção da prática da integralidade.

A educação popular, nesse sentido, “tem sido utilizada como uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro”⁽²⁴⁾. Pensada não como uma atividade sobreposta a outras práticas existentes nos serviços de saúde, “mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas”, atuando como “um instrumento de construção da ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população”⁽²⁴⁾. E na arena da participação social, “uma ação integral de saúde também deve incorporar uma ideia de cidadania, de forma que nenhum cidadão possa ser considerado saudável sem que tenha seus direitos garantidos”⁽¹⁵⁾.

A aposta em evidência é que a educação popular e a integralidade convergem num movimento ético-político que advoga por uma atenção à saúde centrada no indivíduo, na escuta acolhedora de suas necessidades, que estimula e incorpora o conhecimento popular e a participação social, que é sustentada no diálogo, na alteridade, na dimensão política do cuidado e no reconhecimento de que toda obra terapêutica é em si mesma um ato educativo e cultural. A aproximação entre educação popular e saúde (coletiva) abre caminhos para a construção efetiva da integralidade, contribuindo de forma mais dinâmica no seu fortalecimento em ações, serviços e políticas de saúde. Assim, a educação popular pode orientar diversas situações nas quais a integralidade é requerida, ou seja, todas as práticas de saúde, estimulando a produção do encontro cuidador e da humanização dos serviços, além de sugerir mudanças significativas nas escolas formadoras.

Corroborando com essa visão, cito o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), composto por diferentes entidades populares, além das representações específicas dos organismos ligados ao Estado, que têm por objetivo maior participação na formulação, no acompanhamento, na

implementação e na avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS. Ao que tudo indica, a edificação dessa política é uma promissora tentativa de institucionalizar uma prática pedagógica que vise à prática da integralidade. Das oito importantes justificativas expostas para a criação do CNEPS, acredito que duas delas merecem destaque pela convergência com a proposta desta pesquisa, isto é, relacionar educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária.

A primeira justificativa reforça a relação entre os princípios éticos, políticos e metodológicos da educação popular e o fortalecimento da integralidade e da humanização das ações e dos serviços de saúde. Também fala sobre a importância desses princípios na construção da participação popular e da democratização das políticas públicas, que devem ter como compromisso maior a emancipação e a cidadania da população brasileira. A segunda justificativa destaca os esforços que vêm sendo realizados para sistematizar, divulgar e aprimorar a produção de conhecimentos na área da educação popular, para que ela possa contribuir de maneira mais significativa com a formação e a atuação profissional em saúde⁽⁵⁷⁾.

No decorrer deste capítulo, procurei distinguir as concepções pedagógicas que, de modo geral, estão em disputa na educação (educação bancária e problematizadora), ligando seus pressupostos com os objetivos da formação em saúde e enfermagem (assistência biomédica e integralidade), e com os modos de trabalhar a educação em saúde (tradicional e educação popular). Assim, foi possível constatar que a educação bancária, a educação em saúde tradicional e a assistência biomédica podem resultar na coisificação dos sujeitos envolvidos no cuidado. Isso quer dizer que seus desígnios são contrários à prática da integralidade.

O processo de coisificação (tornar a pessoa objeto-paciente), na esfera macroinstitucional acadêmica, procura adaptar os futuros profissionais ao mercado de trabalho numa lógica neoliberal – o estudante como produto mercadológico. Na esfera da formação em saúde, projeta um estudante transformado em recipiente vazio pronto a ser preenchido pela racionalidade médica instrumental (que procura dominar e controlar a doença, a natureza e os seres humanos) – o estudante como instrumento biomédico. Na esfera da educação em saúde, busca um perfil profissional que seja prescritivo, autoritário e detentor

da verdade – o educador “toca boiada”⁹ diante do “paciente” fragmentado e reduzido à sua doença.

Certamente, o reducionismo imobilizador da educação bancária e da racionalidade biomédica sofre bastante resistência na universidade e nos cursos de formação em saúde e enfermagem. Ele não consegue ser aplicado plenamente, pois outras visões do ser humano, da formação e de projetos de sociedade estão em disputa no meio acadêmico. A afinidade da educação popular com os pressupostos da integralidade faz parte do movimento de resistência à coisificação, pois estimula a autonomia e a construção de outras formas de convivência e cuidado entre as pessoas, e entre as pessoas e a realidade na qual estão inseridas.

Existem outras metodologias que abordam o diálogo e a problematização, mas no setor saúde brasileiro as ideias de Paulo Freire e a educação popular parecem ser o principal referencial da educação crítica. Temos observado o surgimento de diferentes projetos de extensão universitária que utilizam a metodologia da educação popular e, mais recentemente, a formação de uma comissão para a construção da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS. De certo modo, isso demonstra uma preocupação com a reversão da forma tradicional que a formação e a educação em saúde foram construídas na sociedade, com o intuito de produzir práticas para o fortalecimento da integralidade.

2.4 Universidade, movimento estudantil e extensão popular em saúde

2.4.1 Ciência e universidade

Na modernidade, a ciência procurou estabelecer-se como uma prática insuperável na busca por respostas legítimas para a superação dos problemas do mundo. Ao propor um método que a tudo iluminaria, baseado na tríplice intenção – razão, neutralidade e verdade – a ciência aparece no cenário da constituição dos saberes com a pretensão de ser inquestionável e possuir o poder de fazer progredir o mundo, afastando-o da escuridão e barbárie da idade média. Em outras palavras, ela assumiu o papel de inquisitória no julgamento sobre o que é ou não é verdade, sobre o bem e o mal.

⁹ “Toca boiada” é o tipo de educação “em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isto, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça)”⁽⁵⁸⁾.

A crença no conhecimento científico foi pregada com fúria e veemência com o objetivo de legitimar uma nova religião: a ciência. Esta surge como a boa nova, a redentora da humanidade, a única racionalmente capaz de levar os seres humanos a um patamar próspero de vida. Progresso e ciência, nessa visão, caminham lado a lado, de mãos dadas rumo a uma nova sociedade, que deixaria para trás toda barbárie, dogma, ignorância e sofrimento da idade das trevas.

Nesse sentido, no século XIX, Karl Marx teorizava sobre o socialismo dito científico; Allan Kardec, codificador da doutrina espírita, procurava associar espiritualidade e razão; Auguste Comte, figura maior do positivismo, pregava o cientificismo como ideal de ordem e progresso. Nesse período, na área da saúde, houve o advento da era bacteriológica e suas promessas de que bastaria descobrir os agentes etiológicos das doenças e desenvolver instrumentos de prevenção e controle, para que a maioria das patologias fosse erradicada. Entretanto temos conhecimento de que essa ilusão não se realizou e ainda convivemos com doenças milenares. Além disso, estamos cada vez mais suscetíveis às enfermidades, cujas razões podem ser explicadas, parcialmente, pelo uso indiscriminado de antibióticos e pela grande vulnerabilidade social a que grande parte da população mundial está submetida.

Atualmente, sabemos que os dogmas da ciência – razão, neutralidade e verdade – precisam ser repensados. A razão é irmã do sensível, a neutralidade tem lado e a verdade está inserida em relações de poder. Não cabe mais a ilusão contida na falácia de que o único compromisso da ciência é o conhecimento verdadeiro e desinteressado no esforço de solucionar os problemas da sociedade. A ciência também é uma ideologia e muitos cientistas estão fortemente apegados ao mundo da *livre e sadia competição*. Assim, a conquista de uma sociedade solidária e que transpire justiça social talvez seja a menor preocupação de uma grande parcela dos cientistas.

O que dizer dos investimentos bilionários em tecnologias para descobrir vida e possibilidades de habitação humana em outros planetas, enquanto no oprimido planeta Terra milhões morrem de fome ou vivem em condições indignas de exploração e miséria? A resposta provável é que toda ciência possui em si intencionalidade e interesse, pois está voltada para alguns grupos que possuem determinadas ambições específicas – muitas vezes conflitantes e contraditórias entre si. Exemplo disso são as próprias tensões e propostas que permeiam um lócus privilegiado de produção do conhecimento: a universidade.

A universidade é uma grande produtora e disseminadora do conhecimento científico e exerce forte influência nas relações sociais⁽⁵⁹⁾. Diversos estudos têm demonstrado que a universidade é fortemente condicionada pelos múltiplos contextos socioculturais que a envolvem, os quais frequentemente interferem em seus objetivos⁽⁶⁰⁾. A inserção da universidade no contexto social, entretanto, não pode ser confundida com interesses particulares, sejam eles empresariais, mercadológicos, políticos ou cientificistas. A universidade não deve deixar que sua produtividade acadêmica, no nível didático, da pesquisa ou da extensão, seja vinculada e reduzida a uma perspectiva de mercadoria e venda de serviços. A função social da universidade precisa estar voltada para a construção de uma relação menos injusta e mais solidária entre todos os seres vivos.

Em consonância com os benefícios tecnológicos que a ciência produziu – isso não se pode negar – deveríamos estar buscando respostas adequadas para as crises geradas por essa produção. Não se trata mais de desenvolver ciência e tecnologia, simplesmente. É imperativo reorientar essa produção numa perspectiva ética que inclua a sustentabilidade e a solidariedade. Mas como produzir outras formas de relacionamento entre a ciência e o mundo, entre a universidade e a sociedade? Acreditamos que uma das respostas a tal desafio é ampliarmos o conceito de sala de aula para além dos muros acadêmicos. Adiante, direcionamos nossa reflexão para o papel que a extensão universitária vem desempenhando e sua relação histórica com o movimento estudantil.

2.4.2 A extensão universitária e o movimento estudantil

A universidade brasileira foi criada entendendo que sua relevância social já estaria contemplada por meio do ensino: formação intelectual das futuras lideranças do país. Posteriormente, a pesquisa ganhou lugar de destaque e assegurou um alto nível de *status* acadêmico. Somente na década de 1960 que a extensão foi acrescida legalmente como parte integrante do corpo universitário. Isso porque o ensino e a pesquisa não conseguiram que a universidade exercesse sua função de socialização, ou seja, de colaborar na integração social da maioria dos indivíduos. A extensão, nessa perspectiva, seria o lado comunicativo do conhecimento presente no ensino e na pesquisa, tendo em vista que a universidade persegue uma redefinição de sua identidade que carregue a perspectiva de uma maior responsabilidade com os interesses sociais⁽⁶¹⁾.

Contudo socializar conhecimentos para além do âmbito acadêmico e responder de forma mais direta aos anseios da sociedade não tem sido tarefa fácil para as universidades brasileiras. Os muitos interesses que as condicionam apontam diversificadas maneiras de compreender o que seria o compromisso social da universidade e sua expressão na extensão. Até mesmo o conceito de extensão universitária sofre certa indefinição e gera embaraço acadêmico, pois sua dimensão vai desde uma relação de compromisso político, cultural e social com a sociedade, visando à construção de melhores condições de vida e autonomia, até uma relação de assistencialismo e domesticação, além da crescente venda de serviços e saberes pelas universidades via extensão⁽⁵⁹⁾.

Na América Latina, iniciativas contestadoras do papel social da universidade emergiram na Argentina no início do século passado, quando estudantes insatisfeitos com o modelo universitário de privilégios às elites elaboraram um manifesto que denunciou a falta de comprometimento da universidade com os setores populares. Os estudantes exigiam democratização e solidariedade das instituições acadêmicas com o destino da maioria da população. Esse pronunciamento foi fortemente inspirado nas ideias da universidade popular e ficou conhecido como *Manifesto de Córdoba*, tendo conseguido influenciar de maneira direta os discursos oficiais e as propostas dos diferentes atores universitários quanto à questão da missão social da universidade. Em consequência, foram abertos novos canais que permitiram a difusão de uma universidade crítica, que mantivesse um compromisso com a sociedade, não somente almejando seu desenvolvimento, mas também sua transformação⁽⁶¹⁾.

Cabe registrar que as ideias que configuraram a proposta de criação das universidades populares foram geradas por intelectuais e jovens desempregados que, inspirados por valores igualitários, em meados do século XIX na Europa, exigiam uma maior inserção das camadas populares nos ambientes universitários. Essas lutas resultaram na criação de um modelo universitário que tinha como objetivo disseminar conhecimentos técnicos junto ao povo, valorizando também sua cultura, a fim de qualificar a educação operária e formar a consciência crítica dos trabalhadores⁽⁶⁰⁾.

No cenário brasileiro, do período Colonial até o Estado Novo, a participação estudantil ganhou força e manifestou uma crescente preocupação com a vida política nacional. Era um movimento incipiente e ligado às camadas dominantes, pois destas originava-se a maioria dos estudantes. Alguns exemplos da atuação estudantil nessa época foram as lutas na Inconfidência Mineira, na campanha abolicionista, na campanha nacionalista, entre outras. A extensão universitária, nesse contexto, pode ser entendida como a participação dos estudantes

nos movimentos políticos da época, pois havia um pacto com a sociedade, expresso na presença estudantil nos movimentos de luta a favor dos interesses nacionais⁽⁶¹⁾.

Em 1937 foi criada a União Nacional dos Estudantes (UNE), contribuindo ainda mais para o aumento da participação dos jovens na vida política e social do país. Inseridos em uma organização de âmbito nacional, os estudantes conseguiram maiores mobilizações, passando das ações pontuais e regionais para uma participação ampliada e mais consciente. Aos poucos, a UNE foi entrando de forma ardente e participativa com as questões sociais, tornando-se mais politizada e de esquerda. A entidade participou de diversas manifestações, promoveu a organização popular, reivindicou direitos sociais e lutou pela soberania nacional e contra o domínio estadunidense⁽⁴⁸⁾. A UNE deixou de lado sua perspectiva nacionalista para ir ao encontro dos anseios mais profundos das camadas populares, investindo na construção de uma nova ordem social no trabalho político e cultural junto à população⁽⁶¹⁾.

Nos anos 1960, o movimento estudantil procurou estar envolvido mais especificamente com os rumos da educação no país, refletindo sobre o papel da educação e da universidade. Nesse período, três grandes eventos expressaram o desejo dos estudantes em redirecionar o ensino superior brasileiro: o I Seminário Nacional de Reforma Universitária (Bahia – 1961); o II Seminário Nacional de Reforma Universitária (Paraná – 1962) e o III Seminário Nacional de Reforma Universitária (Minas Gerais – 1963). Esses seminários produziram intensos debates sobre a necessidade de reformas de base da sociedade brasileira, o papel da universidade e sua função social. O resultado das discussões foi transcrito para importantes documentos que distinguiram a extensão universitária como um instrumento para a politização dos estudantes e organização dos movimentos populares⁽⁶²⁾.

Algumas experiências de extensão universitária surgidas nesse período foram: o Centro Popular de Cultura (CPC) da UNE, criado em 1962; o Serviço de Extensão Cultural, criado em 1960 na Universidade Federal de Pernambuco; e a Universidade Volante, criada em 1961 na Universidade Federal do Paraná⁽⁶¹⁾. As duas primeiras iniciativas tinham em comum o fato de a cultura servir como instrumento político (revolucionário) de trabalho com a população. Tais experiências foram asfixiadas com o advento do regime militar em 1964. A UNE, que fez oposição aos militares, teve seu prédio covardemente incendiado, resultando na destruição de todos os registros da experiência do CPC. A entidade foi cassada e rumou para a clandestinidade, enfatizando as atividades de combate ao regime ditatorial, inclusive participando da luta armada contra os militares, o que acabou por provocar a desagregação do movimento estudantil⁽⁶¹⁾.

Os ditadores souberam aproveitar a desagregação do movimento estudantil e, aos poucos, redirecionaram grande parte da força dos estudantes para ações assistencialistas nos serviços de extensão universitária, via Projeto Rondon. A extensão universitária, antiga bandeira de luta do movimento estudantil, foi institucionalizada pela reforma do ensino de 1968. Assim, o regime militar devolveu aos estudantes a extensão como um desafio político, mas sem a mínima condição estrutural para se organizarem e influenciarem nas decisões relativas à universidade. O Estado passou a utilizar a extensão, mais especificamente o Projeto Rondon, como instrumento doutrinário de sua política integracionista (“integrar para não se entregar”), desviando o foco estudantil das questões políticas e reivindicatórias. A participação dos estudantes foi reduzida à integração ao projeto nacional desenvolvimentista que priorizava a assistência às áreas consideradas carentes do país, de forma despolitizada e conformada com a ditadura⁽⁶¹⁾.

Recentemente, o Projeto Rondon foi ressuscitado, numa parceria inesperada entre a UNE e os militares. As agressões sofridas pela entidade durante a ditadura parecem amortecidas diante do amplo financiamento e destaque político dado a essa perspectiva extensionista. Os estudantes rondonistas, na maioria dos casos, são transportados para fora da realidade social em que sua universidade está inserida, em estágios quinzenais junto a cidades empobrecidas do país, realizando palestras/oficinas, conhecendo a cultura local e servindo para o treinamento logístico das forças armadas. Mesmo que o *velho* e o *novo* Rondon não tenham resultado diretamente numa doutrinação estudantil ao nacionalismo assistencialista, é impossível esquecer que a ditadura usou o projeto para cooptar e silenciar o movimento estudantil. Portanto, tendo em vista a trajetória histórica da entidade, e toda a opressão sofrida durante a ditadura, é no mínimo contraditória essa reaproximação que é alvo de muitas críticas de outros setores do movimento estudantil (extensionista), muitos destes vinculados à educação popular.

2.4.3 A extensão popular

Tendo em vista os diferentes caminhos que a extensão percorreu, é preciso tomar cuidado com o tipo de extensão universitária da qual estamos falando, pois diversas intencionalidades podem ser agrupadas em sua noção. A polissemia do termo gera uma série

de tensões que nem sempre são apreendidas de forma clara pelos extensionistas e precisam ser explicitadas de maneira crítica.

A presença da universidade e dos estudantes junto às comunidades é importante e corrobora para que a mesma exerça sua função social. Mas é preciso refletir sobre como acontece a relação entre universidade e sociedade, e o que a fortalece no âmbito da extensão. Ainda observamos a insistente pretensão acadêmica de transmitir seu conhecimento aos ignorantes, homens e mulheres qualificados como passivos, incapazes de iniciativas próprias e que precisam ser preenchidos e modelados pelas verdades do saber científico. Desse modo, a simples presença dos estudantes e a transmissão de saberes não conferem legitimidade ao trabalho acadêmico junto à população, pois servem menos para a transformação social do que para a domesticação e a adaptação à realidade.

A extensão universitária, na visão restrita de alguns de seus atores, é interpretada como um caminho de mão única, no qual a academia prestaria um serviço à sociedade. Outros a entendem como uma via de mão dupla que pretende estabelecer uma troca de conhecimento entre universidade e sociedade, e vice-versa, mas que não abrange a pluralidade dessa relação. Outra vertente diz que já passa da hora de se construir uma relação entre universidade e sociedade que estabeleça a preocupação com a produção do conhecimento a partir das atividades extensionistas⁽⁶³⁾. Ao invés de apartarmos o ensino, a pesquisa e a extensão, podemos conectá-los numa mesma dimensão que sustente a universidade e sua função social. A extensão, nesse sentido, pode orientar o que deve ser ensinado e pesquisado, além de repensar a relação entre a construção do conhecimento e suas finalidades sociais – como é produzido e para que(m) serve.

As experiências de extensão universitária são variadas, conflitantes e muitas vezes antagônicas em seus objetivos, o que causa certa confusão e embaraço entre seus praticantes. Diante dessa realidade, alguns extensionistas comprometidos com as ideias de Paulo Freire têm procurado diferenciar o seu modo de atuar na extensão. É o caso da “extensão popular” no Brasil⁽²⁹⁾, uma noção-experiência que precisa ser desenhada e potencializada na realidade concreta. É mediada por sujeitos comprometidos com as transformações sociais e implicados na conquista de uma formação universitária e uma produção de conhecimentos mais próximas aos setores populares. Tem como eixo estruturante o sentido político (crítica às mais variadas formas de opressão), ético (solidariedade e compromisso com os oprimidos) e estético (é possível imprimir boniteza na vida) da educação popular.

Sob esse ponto de vista, vislumbra-se a extensão como um trabalho que se volta à produção do conhecimento novo, dando um papel também social a esse produto da atividade extensionista. Entendendo-se a extensão como um trabalho social, observa-se que a sua ação resultante é uma ação deliberada, criando um produto. Esse produto se chama conhecimento para a transformação social.⁽⁶³⁾

A extensão popular é construída como um campo de produção e disseminação de conhecimentos e processos educativos participativos que fomentam ações, sujeitos e coletivos dispostos a transformar o mundo em algo melhor. Ações que partem de uma mudança – que está relacionada às condições estruturais, mas não totalmente subjugada a elas – dos próprios sujeitos perante a realidade opressora desvelada em coletivo. Percorrendo o caminho desafiador, a extensão popular remove as paredes da sala de aula e promove a aproximação dos estudantes com diferentes cenários e histórias de vida, sensibilizando-os a investirem em ações dialogadas, compartilhadas e transformadoras entre a universidade e as comunidades.

A extensão popular alimenta-se da *crítica* para o exercício de ações educativas. Nesse sentido, tem papel determinante, pois, além de superação do “senso comum”, também é propositiva. A extensão popular assume um ideário transformador, constituindo-se de uma dimensão que vai além de um *trabalho simples*. Assumindo a crítica como pressuposto, envolvendo os setores populares e desenvolvendo atividades coletivas, a extensão popular, na área rural ou na área urbana, adquire a dimensão metodológica exposta, podendo ser caracterizada como *trabalho social útil*. Isto possibilita um avanço para além de vários receituários sobre extensão, superando, por exemplo, as perspectivas anteriores de ‘mão única’ e ‘mão dupla’. Extensão como trabalho social é criadora de produtos culturais. Tem origem na realidade humana e abre a possibilidade de se criar um mundo, também, mais humano. É o trabalho social que transforma a natureza, criando cultura. Um trabalho social e útil, com explícita *intencionalidade* de transformação.⁽⁶⁴⁾

Mas o que caracteriza a extensão popular em saúde? Entendo que ela é definida tanto pela dimensão política, ética e estética da educação popular, como pelo cenário em que é desenvolvida. Tem-se como pressuposto que os estudantes precisam vivenciar experiências interdisciplinares e multiprofissionais geradas dentro dos territórios de vida dos indivíduos, das famílias, dos grupos sociais, articulados com a rede de serviços de saúde, porém expandindo o olhar para além dos serviços. A rede de apoio das pessoas é mais ampla do que a visão do serviço consegue captar, e suas necessidades também; fato que nos leva a pensar sempre no trabalho intersetorial, tendo como ponto de partida e chegada as próprias

comunidades, suas redes de cuidado e as experiências singulares de seus membros. O que importa não é tanto a expectativa do serviço de saúde sobre o comportamento das pessoas, e sim os desejos e as potencialidades das pessoas diante do adoecimento, suas estratégias de promoção da saúde e organização comunitária na luta por condições dignas de vida¹⁰. Outro ponto fundamental é a conexão dos extensionistas com os movimentos sociais, assim como o estímulo à participação social de moradores, estudantes, professores e técnicos envolvidos nos projetos comunitários.

No decorrer deste capítulo, salientei que toda ciência é interessada e responde a determinados setores da sociedade. A ciência produziu e ainda produz iniquidade, morte e sofrimento – a tecnologia bélica e os danos ambientais são exemplos marcantes. Por isso, não estamos determinados a um mundo melhor e com mais saúde, pois este só poderá ser construído na luta militante por nossos direitos. E dentro do lócus universitário, o movimento estudantil e a extensão popular podem contribuir nessa luta, redimensionando os interesses da ciência e produzindo outras subjetividades acadêmicas em prol do bem comum e da solidariedade. Não mais na perspectiva dos agentes eruditos que devem ensinar o povo, mas entendendo que “os movimentos populares repolitizam e radicalizam a pedagogia popular, na medida em que repõem suas lutas no campo do direito”⁽⁶⁵⁾.

¹⁰ A “população e os profissionais de saúde têm representações próprias de saúde, de doença, do corpo, da vida e da morte. Ambos os segmentos criam suas metáforas, têm seus preconceitos, adotam uma visão particular de mundo, do homem (e da mulher) nesse mundo e do serviço de saúde”. São representações diferenciadas e muitas vezes antagônicas⁽¹⁷⁾.

3 OBJETIVO

Considerando que a área da formação dos profissionais de saúde é uma das menos problematizadas na formulação de políticas do SUS⁽⁴⁾, que analisar experiências pautadas pela integralidade é uma importante agenda de pesquisa⁽¹⁾, bem como minha experiência em projetos de educação popular e extensão universitária, defini o seguinte objetivo:

- Analisar o modo como a educação popular, no cenário da extensão universitária, pode contribuir com o fortalecimento da prática da integralidade na formação em enfermagem.

Para que o objetivo seja alcançado, partirei das seguintes questões de pesquisa:

- Que conhecimentos (saberes e práticas) relacionados com os sentidos da integralidade foram vivenciados no cenário em estudo?
- Que situações e sujeitos possibilitaram essas vivências?
- Que processos epistemológicos e políticos orientados pela educação popular contribuíram para a formação em enfermagem?

4 METODOLOGIA

Nossa visão do mundo é impregnada de formas, sentidos e conhecimentos diversificados, muitas vezes postulados acerca de uma realidade aparente. Rótulos e certezas são propagados como verdades únicas e aceitos sem uma análise mais profunda de seus pressupostos. O resultado é um velamento do real por meio de nossas certezas cotidianas e do senso comum de nosso grupo social ou da sociedade. Logo, corre-se o risco de que essas impressões cotidianas transformem-se em preconceitos, com os quais passamos a interpretar toda a realidade e os acontecimentos que nos cercam⁽⁶⁶⁾.

Como pesquisadores, é preciso cada vez mais abandonar as amarras das aparências. Nosso conhecimento não pode ser pautado pela ausência de crítica e curiosidade frente ao cotidiano, e sim por uma atitude que nos leve a enfrentar os fatos e acontecimentos com trabalho metódico e sistemático. Em outras palavras, pesquisar para conhecer, constatar, intervir e anunciar outras possibilidades⁽³¹⁾. Isso exige, ao mesmo tempo, o respeito ao senso comum – o conhecimento de pura experiência – e sua necessária complementação.

Uma das grandes questões colocadas em torno da ciência ao longo do século XX foi sua capacidade de ser neutra. Nessa ideia, repousa a ilusão de que o único compromisso da ciência é o conhecimento verdadeiro e desinteressado no esforço de solucionar corretamente nossos problemas. No entanto essa visão de neutralidade científica é uma ideologia cientificista que dissimula a origem e a finalidade da maioria das pesquisas, que buscam controlar a natureza e a sociedade segundo interesses dos grupos que dominam os financiamentos dos laboratórios⁽⁶⁶⁾. Além disso, o cientista sempre observa de algum lugar social, entendido como toda a sua bagagem cultural e, muitas vezes, seu espírito investigativo de busca pela verdade é movido por comportamentos marcados pela competição e por conflitos entre cientistas⁽⁶⁷⁾. A verdade não existe fora ou sem poder; ela é produzida no mundo pelas múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder, ou seja, corresponde a uma variedade de procedimentos que, no seu conjunto, são regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados⁽⁶⁸⁾.

Outro ponto a destacar sobre a atividade científica e a busca pela verdade são as dificuldades criadas em torno dessa busca. As ciências trouxeram grandes benefícios para a humanidade ao longo dos séculos e os recursos tecnológicos apresentados ao mundo estão

cada vez mais difundidos. Por outro lado, a ciência fracassou frente aos problemas humanos e criou muitas dificuldades de relacionamento com o mundo⁽⁶⁷⁾.

A descrição fiel da realidade é uma panaceia e pode ser perigosa quando se supõe que foi plenamente atingida. O que se pode fazer, através da atividade científica, é realizar uma aproximação rigorosa e sucessiva da realidade, buscando compreendê-la desde o ponto de vista em que estamos inseridos, ou seja, por meio de nossas escolhas teóricas e metodológicas. Escolhas que não são neutras, mas permeadas por aspectos culturais, políticos, econômicos e biográficos. O pesquisador não é um ser extramundo; pelo contrário, é um ser no mundo que influencia e é influenciado por ele.

A seguir, são destacadas as escolhas metodológicas utilizadas no estudo. Elas traçam um desenho de pesquisa qualitativa, documental, que aplicou a análise de conteúdo na modalidade temática. Esse desenho é colorido com minha história de vida, com a descrença na neutralidade científica e naqueles discursos que propagam verdades infalíveis.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa documental. A opção qualitativa é adotada em diferentes áreas como a sociologia, a educação, a psicologia, a história, os estudos culturais e, mais recentemente, percebe-se sua crescente utilização nas pesquisas em saúde⁽⁶⁹⁾. O método qualitativo permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, sendo o mais adequado para a investigação de histórias sociais sob a ótica dos atores e para análise de documentos, entre outras⁽⁷⁰⁾. Portanto a abordagem qualitativa pareceu a mais adequada frente à intenção de pesquisar a formação em enfermagem no cenário da extensão universitária, a partir de documentos (diários de campo) de estudantes que participaram do projeto Vepop Extremo Sul.

Como indivíduos integrantes de uma sociedade, nossa vida social se tornou objeto de registro do nascimento à morte por meio de documentos. Mesmo que a maioria desses documentos não seja produzida para fins de pesquisa, a informação neles contida pode ser usada para o estudo científico. No âmbito dos estudos qualitativos, a pesquisa documental constitui uma importante ferramenta investigativa, tanto como estratégia complementar para outros métodos quanto para utilização como método autônomo⁽⁷¹⁾.

Os documentos não são simples representações dos fatos ou da realidade; eles são produzidos com objetivo, utilidade e público determinados. Os documentos são mais do que recursos a serem utilizados em pesquisas, são comunicações que expressam uma intencionalidade pessoal e/ou institucional. O pesquisador, por conseguinte, deve sempre se perguntar em que condições específicas os documentos foram produzidos, quais são suas características, quem os produziu e com quais objetivos⁽⁷¹⁾.

4.2 O projeto Vepop Extremo Sul

O projeto Vepop Extremo Sul surgiu da iniciativa de um grupo de estudantes que, organizados em núcleos extensionistas – o NESC (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva) e o NEPEP (Núcleo de Estudos e Práticas em Educação Popular), que mais tarde deram origem ao NEPEPS (Núcleo de Estudos e Práticas em Educação Popular e Saúde) –, buscavam uma formação voltada para o SUS e as demandas populares. Para tanto, os estudantes investiram na articulação com docentes, Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PROAC) da FURG e movimentos sociais para a construção de um projeto chamado VER-SUS/Brasil: Extensão Universitária no SUS (VER-SUS Extensão).

O VER-SUS Extensão foi um desdobramento do projeto VER-SUS Brasil, mas que possuía um diferencial muito importante. Essa nova proposta previa um tempo de até um ano junto às comunidades empobrecidas de nosso país. Não seriam mais os estágios quinzenais que, apesar de sua importância e capacidade de cumprir o que se propunham, sofriam limitações em relação às possibilidades de intervenção contínua a partir da sensibilização dos estudantes. O VER-SUS Extensão foi dividido em duas modalidades para as quais as universidades poderiam enviar propostas: os Estágios Regionais Interprofissionais no SUS (Erip-SUS) e as Vivências em Educação Popular no SUS (Vepop-SUS). A primeira modalidade atendia a construção de estágio curricular de estudantes da área de saúde, em grupos de 35, com rodízio trimestral, atendendo a 140 estudantes/ano. A segunda modalidade visava a atender a grupos de 35 estudantes, em vivências junto aos movimentos populares ou populações locais que se estenderiam ao longo do período de um ano (BRASIL, 2005). Os estudantes e os professores da FURG apostaram na segunda modalidade e batizaram-na de Vepop Extremo Sul.

As reuniões disparadas pelos estudantes para pensar a viabilização do projeto VER-SUS Extensão eram abertas a toda comunidade acadêmica e foram divulgadas de forma bastante abrangente pelos corredores do campus da universidade e também no Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (COEPE). Essas reuniões contaram com a participação de profissionais dos serviços de saúde – principalmente agentes comunitários de saúde (ACS) – e representantes do movimento popular. Inicialmente, a FURG não estava inserida entre as universidades que concorreriam ao edital do projeto VER-SUS Extensão, mas os estudantes levaram à frente a discussão e, ao mesmo tempo, pleiteavam sua participação junto ao Ministério da Saúde. Quando o grupo que estava articulado recebeu a notícia de que poderia participar da seleção do edital, o prazo foi de apenas cinco dias para a entrega da proposta. Por esse motivo, o projeto foi elaborado por uma comissão restrita a estudantes e professores. A comissão era formada por cinco estudantes (três da enfermagem e dois da medicina) vinculados ao NESC e ao NEPEP, uma estudante (enfermagem) vinculada à Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), e dois docentes. A seguir, o projeto Vepop Extremo Sul foi encaminhado para o Ministério da Saúde, mais especificamente para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), sendo aprovado em novembro de 2005. O projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

O Vepop Extremo Sul ocorreu entre 2006 e 2007 e contou com a participação de sete acadêmicos facilitadores (coordenadores estudantis do projeto e responsáveis pela atuação dos grupos nas comunidades), sete preceptores (profissionais de saúde vinculados as USF), 35 bolsistas remunerados, voluntários e uma coordenadora docente. Os estudantes foram divididos em sete grupos multiprofissionais de atuação constituídos, no mínimo, por um facilitador, cinco bolsistas remunerados e um preceptor. A partir da articulação com as USF, cada grupo atuava em uma região determinada, que envolvia, no total, dois bairros da cidade de São José do Norte e 17 em Rio Grande. Nos 12 meses do Vepop Extremo Sul, as atividades foram divididas em duas fases: vivência (articulação com as comunidades e apreensão inicial das necessidades da população) e desdobramento da vivência (ações de transformação da realidade social a partir das questões surgidas na vivência). Contudo as duas fases ocorreram concomitantemente ao desenvolvimento do projeto.

Os grupos de atuação do Vepop Extremo Sul foram formados tendo como preferência uma base composta por estudantes de enfermagem, medicina, educação física e biologia – os quatro cursos da área da saúde da FURG, no início do projeto. Partindo dessa base, eram

integrados outros cursos fora da área da saúde. Entretanto é preciso considerar que houve desistências, troca de grupos entre bolsistas, voluntários que foram incorporados como bolsistas e outros que continuaram apenas como voluntários. No total, circularam pelo projeto 17 estudantes de enfermagem, três de educação física, seis de ciências biológicas, nove de medicina, quatro de geografia, um de engenharia civil empresarial, dois de matemática, três de história, dois de psicologia, quatro de oceanologia, um de letras, um de pedagogia e um de direito⁽⁷³⁾.

A entrada inicial dos bolsistas nas comunidades aconteceu em maio de 2006, ainda sem recursos das entidades financiadoras, mas com apoio da PROAC. O início oficial do projeto aconteceu em julho de 2006 e foi desenvolvido até julho de 2007. No intervalo entre maio de 2006 e julho de 2006 foi iniciado o processo formativo dos estudantes (na condição de voluntários) que abrangeu: leituras e debates sobre educação popular, movimento estudantil, extensão universitária, Reforma Sanitária, SUS e Paulo Freire; o desenvolvimento de oficinas sobre ecocomunitarismo, jogos de teatro, memória e patrimônio local, cultura e educação popular; e visitas de reconhecimento nas comunidades populares que o projeto abrangeu, ainda estranhos à maioria dos bolsistas, e participação em assembleias de moradores.

Ao longo dos meses em que o Vepop Extremo Sul atuou, a participação articulada entre estudantes e setores populares foi ganhando força política no município e na universidade. Os estudantes estiveram envolvidos em diferentes movimentos reivindicatórios, sempre em parceria com os movimentos sociais e os moradores das comunidades em que o projeto participava. Algumas dessas atividades foram:

- O *I Fórum Social das Comunidades*, propiciando alguns dias de intensos debates e troca de experiências/conhecimentos entre lideranças comunitárias, movimentos sociais, moradores e estudantes universitários de Rio Grande e cidades vizinhas, bem como a discussão de problemas locais importantes e o apontamento de possíveis soluções;

- A *Marcha a Favor da Vida*, na rodovia Roberto Socoowski, contra os inúmeros acidentes e mortes ocorridos nesse local. O movimento, que contava com a participação de profissionais da saúde, instituições religiosas, movimentos sociais, líderes comunitários, estudantes do Vepop Extremo Sul e muitos moradores, exigia melhor sinalização e a construção da ciclovia do trabalhador;

- O *Ato em Defesa do SUS*, no largo Dr. Pio, no centro da cidade de Rio Grande, contando com a participação de conselheiros de saúde e do movimento social. O ato foi resultado de uma articulação estadual dos coletivos da saúde do Rio Grande do Sul;

- O *Manifesto em Defesa dos Moradores da Barra Nova e Contra os “Desertos Verdes”* no largo Dr. Pio. Essa manifestação teve a presença de moradores da Barra Nova, estudantes do Vepop Extremo Sul e militantes do Movimento Sindical. Na ocasião foram colhidas cerca de 1.200 assinaturas pela não retirada dos Moradores da Barra de suas casas e contra os *Desertos Verdes*.

As atividades citadas acima podem ser consideradas como ações globais do projeto, pois envolviam os estudantes dos diferentes grupos de atuação. Todavia muitas outras ações foram desenvolvidas na convivência com os moradores das comunidades e com os serviços de saúde onde o projeto atuava. A seguir são listadas algumas delas:

- Grupos: clubinho da cidadania para crianças; educação em saúde; terceira idade; reforço escolar; atividade física; formação musical (violão); leitura; sexualidade com jovens.

- Oficinas: saúde pública nas escolas; prevenção ao uso de drogas; grafite; cooperativas e reciclagem do lixo; formação política na saúde; educação ambiental.

- Outros: construção e assessoramento dos Conselhos Locais de Saúde; Fórum Permanente de Coletivos; confecção de informativos do bairro; hortas comunitárias; rodas de saúde (reuniões onde eram debatidos temas escolhidos pelos moradores); participação política ativa junto às associações de bairro e suas reivindicações.

4.3 Sujeitos do estudo

A pesquisa foi realizada a partir da análise dos documentos (diários de campo) de estudantes de enfermagem que participaram do projeto Vepop Extremo Sul. Os critérios de inclusão dos documentos produzidos pelas estudantes foram os seguintes: que as autoras dos diários de campo tenham participado durante pelo menos 12 meses contínuos no projeto, a partir do período de capacitação, ou seja, maio de 2006; que essas autoras estivessem à época cursando a graduação em enfermagem (o projeto contou com uma estudante da pós-graduação). Meus diários de campo, embora também tenha participado do Vepop Extremo Sul, não foram incluídos no estudo. Com esses critérios, busco a compreensão do

desenvolvimento da vivência estudantil em um tempo prolongado de atividade extensionista, pois algumas estudantes de enfermagem permaneceram pouco tempo no projeto. Ainda almejo focalizar somente a graduação em enfermagem e uma maior objetividade, não colocando em análise os meus próprios diários de campo.

Seguindo os critérios de inclusão estabelecidos, inicialmente foram selecionadas 13 estudantes de enfermagem para análise de seus respectivos documentos. Mesmo que os participantes do Vepop Extremo Sul tenham concordado com a construção de um banco de dados para a socialização de seus documentos, inclusive cientes da importância de se produzir conhecimento sobre suas experiências, isso foi realizado de maneira informal. Essa situação exige hoje, mesmo dentro dos estudos do tipo pesquisa documental, a autorização dos autores dos diários de campo para utilização de seus textos para fins de pesquisa. Das 13 estudantes de enfermagem selecionadas para a análise dos seus diários de campo, consegui contato com apenas nove, sendo que todas concordaram em participar da pesquisa. Com a intenção de manter o anonimato das participantes da pesquisa, utilizei a letra E (Estudante) seguida de numeração (E1, E2, E3 etc.) para identificar as passagens extraídas dos diários de campo.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados dos documentos (721 diários de campo) escritos por nove estudantes de enfermagem durante suas vivências no projeto Vepop Extremo Sul. Durante o projeto, cada estudante escrevia no mínimo um diário semanal e, com algumas exceções, os diários foram gerados de maneira regular, pois a entrega dos mesmos foi acordada como um dos requisitos para a liberação das bolsas do projeto.

Os diários de campo foram requeridos pela coordenação do Vepop Extremo Sul tendo em vista dois objetivos principais: primeiro, estimular e proporcionar uma reflexão individual e contínua sobre a experiência estudantil na extensão universitária; segundo, produzir registros (banco de dados) que subsidiassem a realização de diferentes pesquisas sobre essa experiência. No relatório final do Vepop Extremo Sul, essa ideia aparece de forma bastante explícita quando se expõe que os documentos produzidos no projeto constituem um banco de dados que poderá ser explorado por estudantes e pesquisadores⁽⁷³⁾.

Em relação aos documentos analisados, é preciso destacar que alguns desses diários são limitados apenas à descrição dos fatos, detendo-se a nomear o tipo e o local das atividades

realizadas no dia ou na semana. Entretanto a maioria dos diários contém as duas variáveis básicas para a confecção de um diário apropriado para o desenvolvimento pessoal⁽⁷²⁾ – e, por consequência, para os fins deste estudo.

A primeira é a riqueza informativa que apresentam. Isso torna os diários importantes documentos para o desenvolvimento pessoal, porque neles se pode contrastar o objetivo-descritivo com o reflexivo pessoal. A segunda é a sistematicidade das observações recolhidas, cuja principal contribuição é tornar possível uma análise da evolução dos fatos. Mesmo que os diários sigam uma orientação metodológica mínima e, algumas vezes, tenham sido explorados pelas estudantes de maneira pouco reflexiva, eles contêm um material repleto de comunicações.

São comunicações que, ditas, caladas, reflexivas, descritivas ou limitadas a nomear locais e atividades, podem nos revelar muito sobre a cultura, os valores, as atitudes, os recursos, os medos, as incertezas, as expectativas, os conflitos, os desejos, as dificuldades, as mudanças, os conceitos de saúde e doença, as modelagens educativas na saúde, as noções epistemológicas que orientam as experiências, o cuidado, as implicações, a sociabilidade contida na vivência estudantil durante o projeto Vepop Extremo Sul. As comunicações podem revelar alguns indícios, certamente limitados, mas importantes, sobre os papéis assumidos por estudantes de enfermagem no contexto das vivências em educação popular, diante de situações concretas de convívio com os setores populares. Trata-se de comunicação *guardada* em diversos documentos produzidos por estudantes de enfermagem que podem contribuir com outras perspectivas sobre construção de práticas pautadas pela integralidade.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados segundo a proposta de análise de conteúdo, modalidade temática⁽⁷⁰⁾, e categorizados com ajuda do *software* para análise de dados qualitativos NVivo. A noção de tema está atrelada a uma afirmação que comporta um conjunto de relações e pode ser apresentada sob a forma de uma palavra, de uma frase, de um resumo. Já a análise de conteúdo visa a ultrapassar o senso comum e o subjetivismo na interpretação e atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para tanto, esse tipo de análise relaciona estruturas semânticas com as sociológicas dos enunciados, articulando-os

desde sua superfície aos fatores que determinam suas características: contexto cultural, variáveis psicossociais e processo de produção da mensagem⁽⁷⁰⁾.

A análise temática objetiva descortinar os núcleos de sentido que fazem parte de uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham algum significado para a análise do objeto pretendido⁽⁷⁰⁾. Sua operação desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que serão descritas a seguir:

1. A pré-análise é a etapa de escolha das informações a serem analisadas, na qual o pesquisador deve retomar os objetivos iniciais da pesquisa e elaborar indicadores que o guiem na compreensão e na interpretação do material final. Essa etapa abrange a leitura flutuante do conjunto das comunicações, a constituição do *corpus* e a (re)formulação de hipóteses (possibilidade de correção de caminhos interpretativos ou abertura para novas perguntas)⁽⁷⁰⁾.

2. A exploração do material consiste em buscar categorias por meio de uma operação classificatória das unidades de registro (palavras, frases, temas, acontecimentos etc.) que sejam significativas ao objeto e ao objetivo da pesquisa, procurando alcançar o núcleo de compreensão do texto⁽⁷⁰⁾.

3. O tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação são momentos de inferência e interpretação do pesquisador sobre os dados categorizados, cuja reflexão deve ser relacionada com o quadro teórico inicialmente desenhado. Esse exercício representa a tentativa de confirmar a pertinência do quadro teórico escolhido ou abrir novas dimensões teóricas e interpretativas sobre o objeto, sugeridas pela leitura do material⁽⁷⁰⁾.

Para desenvolver o exame dos diários de campo, empreendi cinco leituras completas de todos os documentos. A primeira leitura serviu para tomar conhecimento do conjunto das comunicações. A segunda e a terceira leituras tinham como objetivo disparar o processo investigativo classificatório e buscar as “categorias operacionais” – “construídas com finalidade de aproximação ao objeto de pesquisa”⁽⁷⁰⁾ – relacionadas com a noção de integralidade: diálogo, escuta, vínculo, acolhimento, humanização, promoção da saúde, responsabilização, interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação social, a integração entre conhecimento popular e científico e a relação entre teoria e prática. A quarta e quinta leituras investigaram as “categorias empíricas” – “expressões classificatórias que os atores de determinada realidade constroem e lhes permitem dar sentido às suas vidas, suas relações e suas aspirações”⁽⁷⁰⁾.

Finalmente, destaco que a análise das categorias foi permeada pelas minhas memórias, já que atuei como facilitador no Vepop Extremo Sul e fui um dos estudantes responsáveis pela sua construção. A reativação dessas memórias tem como objetivo contextualizar os excertos extraídos dos diários de campo e proporcionar um maior entendimento para os leitores a respeito das comunicações analisadas.

4.6 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS. Os documentos analisados neste projeto estão inseridos no banco de dados do projeto Vepop Extremo Sul. Tendo em vista o emprego de parte do banco de dados para fins de pesquisa, foi solicitado o termo de concordância da responsável, na FURG, pelo banco de dados onde estão arquivados os documentos (Apêndice A). Aos sujeitos da pesquisa, solicitei a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação dos objetivos do projeto em questão e garantia da possibilidade de desistência a qualquer momento, de acordo com o proposto pela Resolução n.º196/96 do Ministério da Saúde (Apêndice B). Além disso, foi assinado o Termo de Comprometimento para a Utilização de Dados pelos pesquisadores responsáveis pelo projeto (Apêndice C).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A seguir, apresentarei as oito categorias, batizadas com as falas dos sujeitos do estudo, que orientaram a análise dos dados: “Somos realmente muito diferentes, mas nem por isso o diálogo entre nós se torna inviável”; “A maior capacitação é o dia a dia na comunidade aliado à reflexão acerca daquilo que foi vivido”; “E por sermos um grupo nos influenciamos pelas atitudes de nossos colegas, nosso trabalho é coletivo”; “Estamos entrando na vida daquelas pessoas e fazendo parte delas. Criamos então uma certa responsabilidade”; “Trabalhar a saúde e o SUS, e não somente higiene como nos foi solicitado”; “Afim, quem são os educadores populares?”; “Não faço qualquer extensão, faço extensão de educação popular e saúde”; e “E a mudança foi em mim também”. Essas categorias dissertam sobre o diálogo e a escuta; o processo formativo e reflexivo das estudantes na extensão; o trabalho multiprofissional e interdisciplinar; a construção de vínculos e responsabilidades entre as estudantes e as comunidades; a promoção da saúde; o papel do educador (popular); a extensão popular; e as transformações proporcionadas pelas vivências em educação popular na formação em enfermagem.

5.1 “Somos realmente muito diferentes, mas nem por isso o diálogo entre nós se torna inviável”

Falei com jeito pra ela, mas sei que não gostou de eu ter contrariado, ela ficou vermelha e foi falar com a * [nome da facilitadora], sei lá o que conversaram, mas gostaria que em vez de ela ter me deixado falando sozinha discutisse comigo a ideia. Somos realmente muito diferentes, mas nem por isso o diálogo entre nós se torna inviável. (E3)

Esta categoria visa a analisar a importância do diálogo e da escuta dentro das narrativas produzidas por estudantes de enfermagem no contexto da extensão popular. Na perspectiva da integralidade, os processos de produção de saúde passam, necessariamente, pela constituição de uma rede de relações que exige de forma permanente o diálogo⁽⁷⁴⁾. O diálogo em marcha funde horizontes, ou seja, produz compartilhamentos e apropriação mútua do que até então era desconhecido no outro; portanto “exige a escuta atenta e desarmada frente à alteridade encontrada”⁽⁷⁵⁾.

Acredito que o diálogo é ferramenta indispensável em qualquer processo de aprendizado, principalmente dentro de uma perspectiva crítica e transformadora da realidade. E, para que o diálogo aconteça, é fundamental escutar atentamente o outro. “Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele”⁽³¹⁾. Falar com o outro significa dialogar e estar acessível ao aprendizado. Mesmo quando as posições são conflitantes e as visões de mundo divergentes, o papel do educador é fomentar o diálogo e exercitar a escuta. Só assim o embate de ideias pode ser produzido de forma aberta e não impositiva entre pessoas muitas vezes tão diferentes. A diferença, antes de ser um empecilho, reconhece a interdependência humana e é fundamental na produção de cuidado.

Na fala que batiza esta categoria, apreendo duas posições distintas. A primeira remete a uma atitude rígida que foge ao diálogo quando ideias conflitantes entram em jogo. Ao que tudo indica, o fato de ter sido contrariada levou uma das estudantes a abandonar a conversa em função da discordância içada entre elas. O que se observa é uma indisposição ao diálogo e à busca por alguém que estivesse disposta a ouvi-la em seus próprios termos. O fato é que o diálogo é sufocado quando estamos fechados à contribuição do outro, tanto que nos sentimos ofendidos por ela⁽⁴⁶⁾. Já a segunda posição reconhece a diferença existente entre as estudantes e aposta na viabilidade do diálogo. Essa atitude vai ao encontro da visão educativa preconizada por Freire⁽³¹⁾: ser educador, principalmente na perspectiva progressista, exige aprender a conviver e dialogar com os diferentes. “Só é um educador aquele que se recusa a sair do diálogo”⁽⁷⁶⁾.

Dialogar é experimentar o processo e o produto da reciprocidade. Não se trata, portanto, de desenvolver a escuta como um exercício de anamnese, ou seja, uma entrevista com o *paciente*, cuja intenção, grosso modo, é diagnosticar doenças para melhor aplicar o tratamento. A intencionalidade da escuta, dentro da tonalidade dialógica, é contribuir na construção de relações intersubjetivas entre as pessoas envolvidas no cuidado. É sair de si mesmo, das verdades acabadas, e encontrar disposição para aprender com a descoberta. Essa imagem pode ser evidenciada nos relatos abaixo, a respeito da experiência dialógica apreendida no cenário da extensão popular.

Gostei muito dessas conversas que tivemos, sempre me fazem ver um lado desconhecido, ou descobrir outros aspectos, outras visões do que já tenho conhecimento. (E2)

Fiquei contente com a iniciativa dessa senhora e pensei em como é bom dialogar com diferentes pessoas, trocar ideias e ajuda. (E1)

Nesta oportunidade conversei com seus pais sobre a vida na Ilha, conversamos sobre a pesca, os casamentos, as inundações pela maré da

lagoa, percebo que esses diálogos é que me enriquecem como estudante e como pessoa. (E5)

É interessante observar nas falas das extensionistas que o diálogo é entendido como ferramenta de desvelamento da realidade. Ele expõe aos indivíduos o que antes estava escondido e/ou abrange seus olhares sobre um determinado assunto, incluindo outros aspectos em relação àquilo que já era de seu conhecimento. No diálogo os indivíduos podem desatrelar-se de suas posições enrijecidas e respirar o mundo no seu *enredamento* (complexidade) e dinamismo, não só para que os estudantes entrem em contato com outras realidades, mas também para transformá-las quando estas estiverem impregnadas de mecanismos opressores: violência, miséria, injustiças sociais etc. Mas não basta que o diálogo incentive apenas as mudanças que estão à nossa frente. Como percebe E5, as conversas com os ribeirinhos, a escuta de suas experiências e seus conhecimentos, são oportunidades que redirecionam sua visão para um pensar sobre si mesma que pode promover deslocamentos internos e produzir mudanças que “enriquecem” sua formação na enfermagem.

Esses deslocamentos internos são fraturas que surgem nos modos de pensar a realidade e carregam consigo novos horizontes. Isso porque o diálogo é uma encruzilhada de ideias, sentimentos, desejos, práticas e conhecimentos. Dialogar é escutar o outro, reavaliar nossa posição no mundo, aprender com o diferente e ampliar perspectivas. Essa posição aberta, entretanto, não diz que devemos concordar ou aceitar passivamente o discurso que está colocado. Mas que precisamos, cada vez mais, instituir o debate e a alteridade na sociedade como forma de conviver e aprender com o diferente. Essa é a visão que E3 expõe sobre o diálogo na sua reflexão abaixo.

Sempre que há um diálogo reavalio algumas questões e surgem posicionamentos diferentes, porém consideráveis, e entendo que não é preciso se chegar a um consenso no final de uma discussão. O debate é positivo, pois nos faz pensar na questão do outro, rever a coerência entre o discurso e a prática. Para mim sempre é bom trocar ideia mesmo com pessoas com ideais e perspectivas tão diferentes das minhas, me faz crescer. (E3)

Uma das iniciativas que predispõe o diálogo é *sentar em círculo*. Desde que a educação dialógica foi sistematizada por Paulo Freire, o círculo aparece como instrumento potente para incorporar o diálogo nas situações de aprendizado. O Círculo de Cultura, nos projetos de educação de adultos, visava a um maior dinamismo para as experiências de aprendizado e a não reprodução da “imposição conteudista” de tradição autoritária (professor)

e passiva (aluno) desenvolvidas dentro da escola tradicional⁽⁷⁷⁾. É claro que, mesmo dentro do círculo, as pessoas podem se comportar de maneira autoritária, excluindo a fala do outro e impondo seu monólogo. Porém se reconhece, assim como E8 salienta a seguir, que ao contrário das fileiras padronizadas da sala de aula tradicional, a disposição das pessoas em círculo pode promover uma relação de horizontalidade (“coloca todos no mesmo patamar”), que favorece o diálogo e diminui a imposição de ideias.

Acho bastante legal nos reunirmos em círculo, pois coloca todos no mesmo patamar, não sendo nada imposto, mas dialogado. (E8)

Outros aspectos importantes que condicionam a viabilidade do diálogo são a escolha do tema abordado e o modo como ele é proporcionado. Como já sinalizado anteriormente, é conveniente à educação bancária a imposição dos conteúdos e o discurso descontextualizado da vida das pessoas. Quanto mais desconectada da realidade dos setores populares forem produzidas as situações de aprendizado; quanto mais incompreendidas e distanciadas as palavras soarem do contexto sociocultural das pessoas que demandam cuidados; mais despolitizado, ineficiente, domesticador e vazio será o encontro entre profissionais de saúde e população. Quanto mais bancária a educação das estudantes de enfermagem, mais afastada da integralidade será sua formação profissional. Nos trechos abaixo, nota-se a preocupação das extensionistas com os conhecimentos prévios das pessoas, a escolha compartilhada dos temas gerados, a vontade de serem compreendidas (adequação da linguagem técnica) e de receberem o retorno do outro.

Porque não tem sentido se chegarmos com um tema pronto, vão se tornar palestras bancárias... (E3)

Notei, apenas, que algumas vezes eram usadas palavras muito distantes do vocabulário das comunidades e que isso deve ser levado em consideração sempre, pois temos que falar na mesma linguagem deles para podermos ser compreendidos e recebermos retorno. (E7)

Enquanto estudantes, vamos pegando “vícios” de falarmos em termos técnicos e, com isso, muitas vezes, somos incompreendidos em nossas conversas, orientações e cuidados. (E7)

As estudantes deixam explícito que devemos respeitar o contexto sociocultural em que as pessoas estão envolvidas e não partir daquele em que os agentes eruditos julgam que elas deveriam estar. Se as pessoas têm dificuldade de entender o que está sendo dito, como poderão problematizar as questões que surgem? Como elas poderão decodificar a realidade em que estão inseridas? “A tarefa do educador é a de problematizar aos educandos o conteúdo

que os mediatiza, e não a de dissertar sobre ele, de dá-lo, de estendê-lo, de entregá-lo, como se tratasse de algo já feito, elaborado, acabado, terminado”⁽⁷⁸⁾.

A tarefa do educador também é escutar e rever a si mesmo – sua fala e sua prática. Isso significa dizer que precisamos avaliar de forma permanente o nosso papel no processo educativo, aprimorando as relações dialógicas entre educandos e educadores. Não é raro que pessoas antes sintonizadas com a educação crítica vistam-se de atitudes autoritárias e impositivas com a justificativa de possuírem maior experiência e conhecimento no tema tratado. Com essas mesmas justificativas, muitos profissionais de saúde tendem a dominar as relações de cuidado e impor às pessoas seu *pensar certo*. Isso pode traduzir uma oferta terapêutica incompatível com os modos de andar a vida, as condições de existência e contextos culturais das pessoas que procuram os serviços de saúde. “Se a estrutura do meu pensamento é a única certa, irrepreensível, não posso escutar quem pensa e elabora seu discurso de outra maneira que não a minha”⁽³¹⁾. Os comentários que seguem evidenciam que as experiências extensionistas em educação popular fomentam atitudes avaliativas sobre as atitudes bancárias e a desconstrução crítica das mesmas.

Me avalio sempre e penso que muitas vezes falo demais, tirando a oportunidade de mais pessoas falarem, me desconstruo então, para me construir novamente. (E3)

Quando abordamos a questão da iniciativa comentei com o grupo que às vezes me sinto autoritária, pois em momentos tomo a frente de atividades e não envolvo o grupo na mesma. (E4)

Os relatos acima ilustram a preocupação das estudantes com a coerência entre sua fala e sua prática. Essa atitude exigiu a desconstrução de uma atitude impositiva de E3, que dominava a palavra e, portanto, tirava a oportunidade de outros falarem. Do mesmo modo, E4 salienta que, às vezes, se vê como uma pessoa autoritária que toma para si a condução das atividades do grupo que estava envolvida como facilitadora. Nas duas situações há uma avaliação crítica da prática que expõe momentos de rompimento com o diálogo e o trabalho coletivo que são tão caros à prática da integralidade. São testemunhos que demonstram o desejo de reconstrução dos caminhos dialógicos e participativos próprios da educação popular e que foram requeridos no projeto Vepop Extremo Sul.

No decorrer desta categoria, apresentei o diálogo e a escuta como dimensões inerentes à prática da integralidade e possíveis de serem aprendidos nas experiências de educação popular. A integralidade requer dialogicidade⁽⁷⁹⁾, a disponibilidade para o diálogo e a escuta atenta, tanto das colegas quanto das pessoas que as estudantes encontram nos caminhos da

extensão. Esse é um imperativo ético para a produção da prática cuidadora preocupada com a diferença e a descoberta de outros horizontes, e, também, um movimento que exige reciprocidade e imersão avaliativa na própria experiência produzida. A seguir, analisarei a importância do processo formativo no Vepop Extremo Sul e da prática reflexiva para a construção da integralidade.

5.2 “A maior capacitação é o dia a dia na comunidade aliado à reflexão acerca daquilo que foi vivido”

O processo de capacitação, muito elogiado nos corredores da universidade, foi muito diferente de qualquer processo educativo de que ouvimos falar por aí. Acredito que o processo de capacitação não seja somente este momento que estamos vivendo. A maior capacitação é o dia a dia na comunidade aliado à reflexão acerca daquilo que foi vivido. (E6)

A educação dialógica é orientada para a transformação da sociedade e exige a articulação entre a realidade concreta e a reflexão sobre a experiência vivida. O repouso tanto na prática quanto na teoria pode gerar acomodação e conformismo. Ação e reflexão, portanto, não podem ser separadas sem prejuízos do ato educativo. A prática desenfreada, que não guarda tempo para rever a si mesma, perde a capacidade criativa que só a pergunta curiosa pode gerar. A teoria enclausurada e demasiadamente segura perde a vontade de apontar o novo e desfalece em torno de suas próprias verdades. E a conjunção entre teoria e prática precisa ser vivida de forma libertadora na educação popular, pois a práxis é a ação e a reflexão dos homens e das mulheres sobre o mundo para transformá-lo⁽⁴⁶⁾.

Práxis na qual a ação e a reflexão, solidárias, se iluminam constante e mutuamente. Na qual a prática, implicando na teoria da qual não se separa, implica também numa postura de quem busca o saber, e não de quem passivamente o recebe⁽⁷⁸⁾.

No Vepop Extremo Sul, os primeiros momentos do processo de capacitação dos estudantes abordaram alguns aspectos teóricos sobre a prática da educação popular que eram discutidos dentro das salas de aula. Essa situação gerou muita ansiedade ente aqueles estudantes que relatavam cansaço em relação às teorizações acadêmicas e desejavam um contato mais próximo com o entorno da universidade. A passagem abaixo destaca o olhar de uma das facilitadoras do projeto sobre o primeiro momento de capacitação.

Mas, por outro lado, a capacitação deve ocorrer, como vamos “praticar” sem estudar, faremos errado se somente nos basearmos na nossa intuição, devemos ir preparados para a comunidade e alguns não entendem isso. (E4)

A estudante lança a ideia de que é preciso estar capacitado para atuar nas comunidades e vê com preocupação a posição daqueles que não entendem a necessidade de um preparo prévio e confiam apenas na intuição. A prática junto às comunidades é recheada de conhecimentos e aprendizado, mas, concordando com a visão de E6, não pode dispensar uma introdução reflexiva que aborde os diferentes elementos que dela fazem parte. Não seria coerente com os pressupostos da educação popular se a prática dos estudantes fosse desprovida de um *pensar como fazer*, mesmo que saibamos da necessidade de um *aprender fazendo* e de um *refletir sobre o fazer*. É importante lembrar aqui que o Vepop Extremo Sul era um projeto multiprofissional e interdisciplinar visante a romper com algumas das visões estereotipadas sobre os setores populares e o SUS, a fim de concretizar mudanças efetivas na formação dos estudantes. Esse objetivo é reconhecido por E9.

Todo esse nosso trabalho de nos capacitarmos mais sobre SUS é válido não só para a comunidade, mas também para nós, futuros trabalhadores da saúde e possivelmente do Sistema Único de Saúde. (E9)

A capacitação prévia, contudo, não pode ser entendida como absoluta. Nenhum processo formativo pontual conseguirá preparar de modo efetivo os profissionais de saúde para a dinâmica desafiadora do mundo do trabalho e as exigências atuais das políticas de saúde, o que não impede que a formação dos estudantes da saúde possa ser cada vez mais responsiva a esses desafios e essas exigências. Por mais importantes que sejam os momentos precedentes, as experiências que aguardavam os estudantes, no que diz respeito às elucidações sobre alguns aspectos da realidade dos setores populares, somente a vivência em comunidade e a reflexão sobre a mesma poderia de fato produzir um conhecimento de experiência feito. A aprendizagem, nesse sentido, implica o domínio de uma atividade engajada no mundo e estabelece uma relação de “imbricação do eu na situação”, pois é a própria dinâmica da situação desempenhada que confere sentido ao aprender⁽⁸⁰⁾. No relato abaixo, E7 identifica o grande potencial educativo das comunidades e sua capacidade de provocar reflexões profundas sobre o papel dos estudantes na sociedade.

Naquela comunidade, existem grandes potencialidades que têm poderes de provocar reflexões em todos a respeito de nosso papel na sociedade em que vivemos e que fazemos. (E7)

Tal afirmação dificilmente poderia ser encontrada desconectada da vida das pessoas, pois exige um olhar crítico sobre a própria prática, para que a emoção e a sensibilidade frente ao outro e à sociedade deixe de ser um conflito e vincule propósitos individuais e sociais. Para tanto, o processo de capacitação precisa ser permanente e baseado na discussão sobre a realidade vivida e respeito aos conhecimentos trazidos pelos estudantes acerca do cotidiano percebido. Os educandos são sujeitos de construção e reconstrução do conhecimento ensinado e possuem todo o direito de repensar sua prática, em vez de aceitar a transferência de conhecimentos – que é uma ação própria do ensino biomédico e um obstáculo claro às ideias que congregam aquilo que se entende por integralidade.

Somos seres em processo de formação sempre, mas inacabados, deixando a fiel mensagem de que nada é definitivo, mas está em constante modificação e aprimoramento. (E6)

A reflexão de E6 sobre seu processo de formação dentro do Vepop Extremo Sul resume muito do que viemos falando até o momento. Por mais que as capacitações sejam um momento importante, principalmente quando trazem aspectos teóricos que estejam engajados com as situações vividas, elas precisam acompanhar de forma processual a formação dos estudantes dentro das experiências de extensão popular. Aliás, dentro de qualquer experiência comprometida com a educação dos profissionais da saúde – desde a graduação até a atuação profissional. O mundo do trabalho está sempre em “modificação e aprimoramento” e por isso mesmo é produtor de conhecimentos tanto técnicos quanto relacionais que precisam ser destacados e refletidos pelos profissionais da saúde. Isso tem relação com a noção de educação permanente em saúde, que foi um dos temas de estudo do projeto.

Discutimos a respeito dos textos que selecionamos sobre Educação Permanente e cada um de nós ficou responsável de fazer um resumo sobre um dos textos e levar para a próxima reunião. (E1)

A educação permanente em saúde é uma vertente pedagógica cujo processo educativo coloca em análise o cotidiano do trabalho e da formação em saúde. Ela toma o cotidiano dos trabalhadores como lugar de produção de subjetividades e problematização das práticas, onde as relações são entendidas como operadoras da realidade concreta e os cenários dos serviços como permeáveis ao desconforto ativo (produtor de mudanças) dos atores envolvidos com a alteração da realidade vivida. A educação permanente em saúde aponta para a construção de espaços coletivos de análise das práticas e dos referenciais que as orientam, tendo em vista a integralidade, o tecer de uma rede de serviços original e criativa, a participação social e a

produção compartilhada do conhecimento. Para muitos educadores, essa vertente pedagógica é um desdobramento da educação popular e segue os princípios e as diretrizes propostas por Paulo Freire⁽⁸¹⁾. Isso demonstra, mais uma vez, a proximidade do referencial da educação popular e a construção da prática da integralidade.

Diversas foram as iniciativas que agrupavam estudantes, docentes e colaboradores para a reflexão sobre as práticas vividas e o planejamento estratégico das atividades do Vepop Extremo Sul¹¹. A construção de espaços coletivos de análise das práticas desenvolvidas durante a experiência extensionista e a importância de tais espaços para a atualização e o aprimoramento do projeto foram experiências bastante citadas pelas estudantes de enfermagem. Isso demonstra a capacidade que a problematização da realidade e os sentidos produzidos pela mesma possuem de afetar as estudantes e promover um despertar para o trabalho social.

Avaliação do projeto. Achei muito interessante, pois estamos fazendo parte da construção de um projeto melhor e com autocrítica, ainda mais que um dos princípios é educação popular, nada mais válido que participarmos e podermos opinar de tudo. (E7)

Às vezes, nem todos estão se dando bem nas comunidades, uns encontram problemas com a gestão municipal, outros com as agentes comunitárias de saúde. É preciso saber enfrentar esses momentos, daí trago a importância das reuniões de coordenação. (E6)

Particularmente, me motivei muito com essa avaliação do projeto, não só o momento de hoje, mas todo o envolvimento com a mesma, o resgate dos trabalhos desenvolvidos e das novas propostas, a organização de vídeos, fotos, resumos... me fizeram refletir minha prática e despertar para o trabalho com o controle social. Percebi que tenho vontade e potencial para estar realizando atividades em torno do assunto. (E4)

¹¹ Reuniões dos pequenos grupos (semanais), constituídos por um facilitador e a equipe da qual fazia parte. Reuniões da coordenação ampliada do projeto (semanais), composta pela docente coordenadora geral, pelos sete estudantes facilitadores – coordenação estudantil – e por um bolsista de cada grupo. As reuniões de grande grupo (quinzenais), nas quais participavam a coordenação geral, os facilitadores, os bolsistas e os voluntários. Além desses momentos, tínhamos as reuniões das sete comissões tripartites (mensais), uma em cada região de atuação do projeto, formada por representantes dos estudantes, dos serviços de saúde e das comunidades; e as reuniões com as equipes de saúde da área de abrangência do projeto (conforme necessidade). Outro aspecto interessante foi a participação de avaliadores externos, com respeitada trajetória na extensão universitária, para contribuir tanto na recondução de algumas práticas durante o desenvolvimento do projeto quanto na sua avaliação final, realizada durante o *Fórum Regional de Extensão Universitária e Educação Popular: Comunidade e Universidade (Re)pensando a Saúde*. Por último, cito as duas avaliações globais do projeto, encaminhadas para o Ministério da Saúde, e a produção semanal e o intercâmbio dos diários de campo, realizados por todos os estudantes.

As avaliações oportunizaram ao conjunto de estudantes uma ampliação do protagonismo na construção do Vepop Extremo Sul. Em outras palavras, os momentos de autocrítica do projeto foram encaminhados de forma aberta e participativa, tanto no âmbito do indivíduo e sua própria prática, quanto do coletivo e a experiência global produzida, bem ao gosto da educação popular. Se a maior capacitação é no dia a dia das comunidades, esses momentos serviram para refletir sobre aquilo que foi vivido e produzir o desconforto ativo que impede a adaptação prescrita pela educação conformista. As dificuldades encontradas durante a atuação de alguns estudantes do projeto foram discutidas em reuniões nas quais ocorriam uma problematização das práticas e o apontamento de estratégias para enfrentar esses momentos desafiadores. Por outro lado, as avaliações também produziram subjetivações interessantes que fizeram as estudantes refletirem sobre sua atuação na extensão e, com isso, descobrir vontades e potencialidades para apostar em atividades que antes não eram percebidas como oportunas.

Nesta categoria, analisei o processo formativo dentro do Vepop Extremo Sul. Destaquei os pontos de vista sobre as capacitações iniciais do projeto e a introdução de alguns aspectos teóricos; segui pelo aprendizado contido na prática e na reflexão sobre a prática; e, finalmente, identifiquei a importância que as estudantes atribuíram aos diferentes espaços coletivos de análise das experiências produzidas. Em relação aos dois últimos aspectos levantados, percebe-se a consonância entre educação popular e educação permanente em saúde. Ambas guardam estreita relação com a integralidade quando tendem a aprender com os contextos específicos em que o encontro cuidador é produzido; incluem momentos coletivos de reflexão crítica sobre o cotidiano; redefinem saberes e fazeres que incorporam a subjetividade, a singularidade e a compreensão ampla das necessidades de saúde; não enfatizam o processo de transmissão do conhecimento, mas a problematização das práticas e seu potencial de gerar transformações no modo de produzir saúde. Na próxima categoria, analisarei a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na formação para a prática da integralidade.

5.3 “E por sermos um grupo nos influenciemos pelas atitudes de nossos colegas, nosso trabalho é coletivo”

E por sermos um grupo nos influenciemos pelas atitudes de nossos colegas, nosso trabalho é coletivo. Se fosse para trabalharmos individualmente não

teria sentido a existência do Vepop, pois falamos tantas vezes da importância da interdisciplinaridade, do coleguismo, da cumplicidade. (E4)

A formação dos profissionais da saúde carece de projetos pedagógicos que invistam no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, ao mesmo tempo em que contemplem cenários de aprendizado mais diversificados e experiências instigantes que articulem teoria e prática. Na tentativa de suprir essas necessidades, o Vepop Extremo Sul foi constituído de forma a promover o máximo de integração entre os diferentes cursos da saúde, distribuindo os estudantes em sete equipes de atuação multiprofissional. Aliada ao compromisso de misturar e alargar a formação em saúde, foi proposta, desde a fase inicial do projeto, a incorporação dos cursos *fora da área da saúde* para compor as equipes e congregar novas perspectivas e atitudes no campo da saúde. Essa iniciativa de trabalho coletivo e de produção de subjetividades objetivou expandir o olhar das equipes sobre as noções de saúde e doença, participação política e necessidades para além do ideário biomédico e o mais próximo possível da saúde coletiva e dos sentidos da integralidade.

A dimensão multiprofissional e interdisciplinar do Vepop Extremo Sul foi uma resposta ao fato de que grande parte dos estudantes da saúde – dentro das salas de aula e no decorrer de seus estágios curriculares – convive quase que somente entre seus pares disciplinares, o que fortalece a fragmentação do cuidado e do conhecimento produzido. Quando falo em abordagem interdisciplinar, quero remeter não somente ao olhar da complexidade em saúde, da interligação dos conhecimentos, mas de uma intervenção efetiva no campo da realidade social⁽⁷⁹⁾. No depoimento abaixo, E6 comenta alguns aspectos gerados pela relação entre os membros de um grupo interdisciplinar da qual fazia parte.

Como membro de um grupo interdisciplinar, no qual as trocas de experiências são diárias, isso leva a um crescimento pessoal e profissional interessante. Com essa relação, podemos tentar visualizar as atividades desempenhadas de forma mais global, permitindo ao grupo vantagens na execução das propostas na comunidade. (E6)

A relação interdisciplinar produzida no encontro das estudantes de enfermagem com estudantes de outros cursos projetou uma visão mais global sobre a realidade comunitária e as atividades desenvolvidas pelo grupo. A percepção do global é um aspecto importantíssimo para a compreensão da realidade social. “O enfraquecimento da percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade (cada um tende a responsabilizar-se somente pela sua tarefa especializada) e da solidariedade”⁽⁸²⁾. No trabalho em equipe, a responsabilidade

coletiva e a solidariedade são valores que refazem o cotidiano e potencializam relações cuidadoras no sentido da integralidade. Para tanto, os estudantes precisam estar unidos e caminhar juntos, como expõe E1.

Percebi o quanto nossa equipe está unida e as coisas começando a andar, ainda falta muito a ser feito, mas a cada reunião vemos que estamos evoluindo, e isso é incrível. (E1)

A produção do trabalho coletivo é sustentada por unidade, solidariedade, cumplicidade e fortalecimento das práticas constituídas pelos membros da equipe no caminhar pelos labirintos da atenção à saúde. Diante das dificuldades encontradas, da constatação de que “ainda falta muito a ser feito”, as estudantes podem aprender umas com as outras e na relação cuidadora inserida na realidade concreta, a fim de produzirem um cuidado cada vez mais permeável aos múltiplos fatores que regem a vida em sociedade. A educação popular favoreceu a interconexão das caixinhas disciplinares e a construção de iniciativas conjuntas de intervenção na realidade social. Além disso, fomentou processos de aprendizagem intercursos e a construção de espaços coletivos de análise das práticas que extrapolaram o chamado setor saúde e adicionaram outros olhares para o processo de adoecimento. Isso quebrou, em parte, a lógica corporativista, autossuficiente e especializante que está subentendida em todo projeto profissional recluso ao seu próprio nicho de conhecimentos e práticas.

Assim, ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas, ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde.⁽⁷⁸⁾

Os estudantes de enfermagem e medicina da FURG, durante a maior parte de suas graduações, ficavam recolhidos na área acadêmica do Hospital Universitário. Nos depoimentos abaixo, E7 ressalta a situação de exclusão que os acadêmicos da saúde enfrentavam e a importância da convivência com estudantes de outros cursos, analisada por ela como um dos pontos positivos do Vepop Extremo Sul.

A partir do segundo semestre nossas atividades são na área acadêmica do Hospital Universitário, fazendo com que sejamos “excluídos” da convivência com outros cursos. (E7)

Pontos positivos que coloquei: essa integração que temos com os outros cursos, pois, principalmente nós da área da saúde, não temos contato com os estudantes de outros cursos. (E7)

O isolamento no *templo sagrado da biomedicina* não favorece, de modo algum, práticas mais próximas da realidade de vida das pessoas. O hospital é apenas um dos cenários da formação em saúde e não pode ser considerado, isoladamente, local de excelência para o aprendizado. É preciso, antes de tudo, que consigamos conectar a formação com o cotidiano dos serviços de saúde e promover práticas multiprofissionais e interdisciplinares em cenários diversificados de aprendizagem. Quanto mais abrangente for a educação dos profissionais da saúde, no sentido da convivência intercursos e das possibilidades de intervenções cuidadoras em toda rede SUS, maior será a possibilidade de reverter o caráter biologicista e fragmentário da formação tradicional. Na extensão popular, sempre que possível, a relação intercursos precisa ser expandida para *fora da área da saúde*. Isso potencializa a consolidação do SUS, porque, além de proporcionar o contato das estudantes da saúde com outras referências disciplinares e militantes – por exemplo, a integração das acadêmicas de enfermagem na luta ambiental –, pode mobilizar *os colegas de outras áreas* para a defesa do SUS. Essa mobilização foi importante no Vepop Extremo Sul, e E6 resumiu-a na frase abaixo.

Vejo a importância dos outros profissionais, colegas de outras áreas, defendendo o SUS. (E6)

Nesta seção, analisei a importância do trabalho coletivo nas equipes multiprofissionais e a interdisciplinaridade como estratégia de integração dos diferentes domínios do conhecimento para uma prática cuidadora ampliada. A formação em saúde, de modo geral, adota uma postura marcadamente *intracurso*, fechada em suas caixas disciplinares, e tem dificuldade de trabalhar com a lógica de equipes multiprofissionais. Tal atitude distancia a educação dos profissionais da saúde das práticas pautadas pela integralidade e não contribui para a consolidação do SUS. Ao invés da percepção global da realidade social, requerida pelo conceito ampliado de saúde, da produção e criação de subjetividades envolvida no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, vemos o isolamento que leva as estudantes a serem excluídas da integração com os outros cursos no âmbito das práticas.

A educação popular está na contramão desse movimento ao valorizar e integrar as diversas expressões do conhecimento, incluindo aqui o popular, na construção de suas práticas – desde que os conhecimentos sirvam para a humanização da vida em sociedade. Ela pode ajudar na interconexão tanto das diferentes disciplinas do conhecimento, o que leva a compreensões mais complexas sobre a saúde (uma área eminentemente interdisciplinar),

quanto no fortalecimento do trabalho coletivo. Tudo isso poderá conduzir à formação de profissionais – mesmo aqueles considerados fora da área da saúde – mais comprometidos com a realidade de saúde da população brasileira e à sua transformação. No próximo item, examinarei vínculos, compromissos e responsabilidades construídos no encontro humanizado entre estudantes e comunidades.

5.4 “Estamos entrando na vida daquelas pessoas e fazendo parte delas. Criamos então uma certa responsabilidade”

Aquele senhor, aquela história, me mostraram que quando fazemos, realizamos, conversamos, estamos entrando na vida daquelas pessoas e fazendo parte delas. Criamos então uma certa responsabilidade. (E2)

Toda escuta é uma forma de adentrar a vida das pessoas. No trabalho extensionista popular, na interação entre estudantes e população, escutar as histórias de vida dos indivíduos e coletivos é exigência para o educador democrático “que aprende a falar escutando”⁽³¹⁾. Esse aprendizado, quando desencadeado no encontro entre trabalhadores e as pessoas que necessitam de cuidado, pode ser entendido como um processo de “produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição de vínculos e compromissos em projetos de intervenção”⁽⁸³⁾. A criação de vínculos afetivos e políticos, entendidos como responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas e pela conjugação de forças para se atender a um fim comum, foi um dos compromissos assumidos pelo Vepop Extremo Sul.

As estudantes de enfermagem, no caminhar da vivência extensionista, foram descobrindo determinada perspectiva de prática pedagógica e postura profissional afinada com a prática da integralidade. A educação popular, nesse aspecto, contribuiu efetivamente ao ampliar as possibilidades para que os estudantes pudessem refletir sobre o modo de reorganizar as práticas de saúde e promover qualidade de vida segundo necessidades, experiências e respostas das pessoas a determinadas situações de suas vidas. A importância da criação de vínculos entre estudantes e população pode ser apreendida na passagem que segue.

Acredito que o vínculo criado é determinante para o desenvolvimento das ações na comunidade. Nós não somos daquele lugar. Dependemos da criação de uma forte relação para sermos aceitos, a fim de, posteriormente, podermos desenvolver naquele local medidas que tragam uma qualidade de vida melhor, uma expectativa positiva de futuro... (E6)

Podemos dizer que E6 entende a criação de vínculos como condição determinante para a viabilidade das ações que viriam a ser desenvolvidas na comunidade. Em vez da histórica imposição de explicações externas realizadas pelos técnicos sobre a saúde das populações, da aplicação de regras comportamentais e coercitivas sobre os modos de viver a vida dos setores populares, a estudante reconhece que somente a construção de sólidas relações interpessoais é capaz de gerar medidas que promovam qualidade de vida. Contudo a “criação de uma forte relação”, que pode gerar responsabilização, precisa ser construída por aqueles atores que, ao adentrar a vida das pessoas, mesmo que inicialmente estranhos ao lugar que estas ocupam, não tenham receio de aprender e conceber um modo de cuidar atento aos sentidos e aos significados que os sujeitos atribuem à saúde e à doença. O aspecto relacional, desde que orientado para a construção de vínculos afetivos e políticos, sempre vai exigir a aceitação recíproca entre as pessoas envolvidas no cuidado. Esse processo pode produzir subjetivações que desencadeiam sentimentos de responsabilidade, compromisso e pertencimento em relação às comunidades e sua gente, como descreve E6.

Eu lastimo muita gente não estar ao meu lado no VEPOP e me responsabilizo satisfatoriamente pelo compromisso que não só quis assumir com a universidade, mas com a população, o povo. (E6)

Sinto como se pertencesse àquela comunidade, o sentimento no meu coração é de filha, neta, irmã daquela gente... (E6)

No desenvolvimento das práticas do Vepop Extremo Sul, E6 demonstra implicação com a comunidade que atuou. A responsabilidade assumida pela estudante não ficou restrita apenas ao acordo institucional criado pela sua condição de bolsista num projeto de extensão universitária. A construção do vínculo entre a acadêmica de enfermagem e a população foi tão potente que gerou nela o sentimento de pertencer à própria comunidade e de querer assumir um compromisso fraternal com o povo. Tais sentimentos podem levar à constituição de valores que humanizam as práticas dos profissionais de saúde e diminuem o fosso cultural entre técnicos e população. São valores desencadeados no processo criativo e sensível de produção de saúde, em termos de responsabilidade, solidariedade e alteridade, e que despertam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos na luta pela garantia e pela ampliação dos direitos à saúde.

A experiência do Vepop Extremo Sul ocorreu integrada aos serviços de saúde, mais especificamente com as USF das comunidades onde os estudantes atuavam. O referencial da educação popular, como eixo estruturante das práticas estudantis, na qual educação é

sinônimo de humanização⁽⁴⁶⁾, apontou para uma visão crítica e problematizadora dos processos de trabalho das equipes de saúde. A humanização, no chamado setor saúde, pode ser entendida “como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo”⁽⁸⁴⁾.

As estudantes de enfermagem assumiram o compromisso de responder da forma mais adequada possível às necessidades trazidas pelas comunidades, adotando uma postura de escuta ampliada e abertura para a criação de vínculos. Isso conduziu ao aumento do grau de responsabilização em relação aos moradores, à análise crítica a respeito do comprometimento dos serviços de saúde com os espaços de reflexão e decisão sobre a prática dos mesmos, e, também, em relação ao comprometimento das equipes de saúde com a população.

O que sinto é a falta de comprometimento da equipe de PSF, na participação das reuniões do conselho local, mas por outro lado entendo que o próprio programa condiciona as equipes à sua coordenação. (E5)

Se vou lá é porque me comprometo. Se sou comprometida, me responsabilizo e se sou responsável é porque tenho um plano de vida, do qual a minha profissão também faz parte. Humm... cadê o vínculo? É fácil falar, eu sei. Mas também é fácil achar que está ótimo no PSF. (E6)

Na primeira situação descrita acima, E5 expõe a falta de compromisso da equipe com o conselho local de saúde. Esse espaço de gestão compartilhada da Unidade de Saúde foi construído coletivamente pelos estudantes, trabalhadores e moradores para que a saúde da comunidade pudesse ser repensada de modo protagonista entre os três segmentos. Entretanto, temendo algum tipo de repressão pela coordenação municipal da Estratégia de Saúde da Família, os trabalhadores deixaram de lado o comprometimento com o espaço instituído, o que também é uma forma de ocultar a responsabilização pela saúde da população e atenderem, de forma passiva e temerosa, a imposição de seus gestores. É isso que E5 revela quando diz que “entende que o próprio programa condiciona as equipes à sua coordenação”. Adiante, na segunda situação apresentada, E6 deixa exposta sua insatisfação com a postura da equipe de saúde, que parece não estar comprometida com a população. Sua pergunta “Humm... cadê o vínculo?” sugere que, na visão da estudante, a construção de vínculos está fragilizada no processo de trabalho da equipe.

Mas a problematização da realidade dos serviços de saúde não pode estagnar na fase do apontamento das dificuldades encontradas. Para contribuir no processo de consolidação e qualificação do SUS, é preciso avançar e integrar esforços coletivos para aperfeiçoar as

respostas aos problemas encontrados. Disso depende a melhoria do acesso das pessoas aos serviços de saúde e a resolutividade dos mesmos. Pensando na questão, e diante das críticas feitas pelas estudantes em relação às USF que estavam vinculadas, a coordenação do Vepop Extremo Sul estabeleceu duas comissões para tentar avançar nas discussões sobre as mudanças possíveis e necessárias no trabalho em saúde.

As duas novas comissões são: Saúde I que abordará a educação permanente e o sistema de referência e contrarreferência; e Saúde II que abordará a humanização na saúde, projeto sala de espera e acolhimento. (E3)

Falamos sobre o trabalho que pode ser desenvolvido com a comunidade através da sala de espera, acolhimento... ela disse que esse trabalho já foi realizado no posto algumas vezes e que a equipe gostaria de pôr em prática mais vezes este ano. (E7)

Obviamente, as estudantes estavam aprendendo sobre as formas de organização das práticas e serviços de saúde, e não pretendiam impor sua visão aos trabalhadores. A proposta era que as comissões estivessem apropriadas com alguns dispositivos que fomentassem mudanças na forma de arranjar as práticas dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Esses dispositivos, ligados ao referencial da educação permanente e da humanização na saúde, eram levados até os trabalhadores dos serviços para serem pensados coletivamente. Como se pode notar na passagem descrita por E7, as propostas trazidas pelas estudantes já tinham sido implementadas pela equipe, mesmo que de forma descontinuada. Havia, contudo, um interesse por parte dos profissionais em retomar as práticas de acolhimento – para promover a “otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema”⁽⁸⁴⁾ – e o projeto sala de espera – um dos componentes na construção de uma ambiência acolhedora e confortável, pensada também como espaço educativo e dialógico. O objetivo do Vepop Extremo Sul era contribuir na retomada ou proposição dessas práticas junto aos serviços de saúde.

Na maioria dos casos, os dispositivos citados não foram construídos no cotidiano dos serviços, talvez porque eles dependam não só da iniciativa isolada de algumas equipes, mas de criativas e potentes políticas bancadas pela gestão municipal da saúde. Porém os estudantes não deixaram de incentivar reflexões que diziam respeito à humanização das práticas da saúde, considerando a estreita relação com o horizonte da educação popular.

O sentido último que Freire expressa em sua proposta pedagógica, que implica um novo projeto de sociedade, é a *humanização* da espécie humana como um todo, que deve ser materializada na dignidade da vida concreta das pessoas a partir da superação das realidades sociais que oprimem e atrofiam

o *ser mais* de todo e qualquer ser humano enquanto *corpo consciente* situado em um mundo histórico e socialmente construído.⁽⁸⁵⁾

Para evidenciar ainda mais a relação entre educação popular e integralidade, é relevante trazer à tona algumas das atitudes que estão colocadas naquela que é considerada uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS: o acolhimento. Nas práticas de produção de saúde, o acolhimento anuncia “uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” que está fundamentada nas seguintes atitudes⁽⁸⁶⁾:

- ética, no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste ‘estar com’, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

As referidas atitudes estão estreitamente conectadas com o modo de sentir, pensar e fazer da educação popular e, justamente por isso, apoiaram a experiência do Vepop Extremo Sul. As acadêmicas de enfermagem entraram em contato e construíram, no encontro com a população, muitas das atitudes citadas. Aquelas estudantes mais permeáveis à ressignificação de sua formação em saúde incorporaram a necessidade, entre outras, de produzir práticas capazes de: reconhecer o outro em suas diferenças, produzir estratégias que contribuam para a construção da nossa própria humanidade, assumir o compromisso coletivo de “estar com” e potencializar o protagonismo dos sujeitos diante suas vidas. E essas são práticas que ajudam na formação para a prática integralidade e podem gerar responsabilização com a população, mesmo depois do fim do projeto, como expôs E2.

Sinto que as minhas atividades simplesmente não podem parar só porque terminou o projeto. (E2)

Esta categoria examinou a produção de vínculo e os compromissos estabelecidos na convivência das estudantes com a população. Essa produção é descrita pelas participantes da pesquisa como dependente da “criação de uma forte relação” com as comunidades. O aspecto relacional parece ter construído subjetivações que levaram à constituição de sentimentos de pertencimento, compromisso e responsabilidade. Esses sentimentos aproximaram estudantes e

setores populares, desembocando numa visão crítica e reflexiva sobre os serviços de saúde. As críticas estabelecidas mobilizaram o aprendizado sobre questões como humanização e acolhimento nas práticas de produção de saúde e geraram ações propositivas junto aos trabalhadores dos serviços. Foi visto, também, que humanização e acolhimento são dispositivos sustentados por atitudes éticas, estéticas e políticas que são consonantes com os pressupostos da educação popular e estão no sentido da integralidade. Na próxima categoria, será analisada a promoção da saúde em relação aos seguintes aspectos: o conceito ampliado de saúde, a autonomia e a intersetorialidade.

5.5 “Trabalhar a saúde e o SUS, e não somente higiene, como nos foi solicitado”

Aproveitamos o momento disponibilizado com os adolescentes para trabalhar a saúde e o SUS, e não somente higiene, como nos foi solicitado.
(E4)

As intervenções no campo da saúde pública por muito tempo foram orientadas por uma visão higienista, de caráter paternalista e vertical, cujo objetivo era o saneamento, inclusive moral, das cidades e das pessoas. A remodelação ambiental e a transmissão de normas e valores higiênicos eram práticas controladoras associadas à prevenção de doenças e exercidas por meio da repressão e da fiscalização dos hábitos de vida da população. Figuras como o educador sanitário e os professores escolares eram responsáveis por divulgar de forma padronizada o conhecimento médico-higienista. Essa atitude carregava em si a pretensão dos setores dominantes de modelar e pacificar o comportamento *selvagem e ignorante* dos indivíduos e coletivos empobrecidos, adequando-os para a convivência e o trabalho na sociedade brasileira, que aos poucos se modernizava.

Mesmo que a nossa realidade sanitária ainda guarde resquícios da visão preventivista, restrita à prevenção de doenças e inclinada a modelar o comportamento das pessoas, temos avançado em relação à ampliação do conceito de saúde e à conquista da saúde como direito social. No que se refere à relação entre educação e saúde, os avanços são significativos, principalmente pela introdução de metodologias que prezam pela participação política, problematizadora e dialógica, sobre os modos de produzir saúde na sociedade. Cada vez mais as pessoas tendem a ser reconhecidas como cidadãos de direito e não apenas como o *público-alvo* das intervenções sanitárias.

Na perspectiva do SUS, a saúde é definida como resultado da composição de múltiplos fatores e não está restrita apenas ao fenômeno puramente biológico. Tal definição refuta a compreensão da saúde apenas como ausência de doenças, inserindo-a na dinâmica da vida social e dependente das condições econômicas, políticas, ambientais e educacionais de uma determinada sociedade. A conquista da saúde, portanto, passa pela resposta cada vez mais adequada às necessidades de saúde da população, pela oferta concreta, não impositiva, de opções para um viver saudável e pela construção de formas abrangentes de intervenção na saúde individual e coletiva.

A promoção da saúde é um dos modos de pensar e operar políticas e tecnologias que contribui na elaboração e aplicação de práticas que permitem responder às necessidades de saúde e reduzir as situações de vulnerabilidade de indivíduos e comunidades. No SUS, a promoção da saúde é entendida como uma das estratégias de produção de saúde, retomada com a finalidade de direcionar formas de intervenção abrangentes em relação aos aspectos que condicionam e determinam a saúde e o adoecimento, entre eles: “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada”⁽⁸⁷⁾.

A promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delineia-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.⁽⁸⁸⁾

A ampliação do olhar e do espectro de ações diante dos problemas gerados pela insuficiência da noção de necessidades de saúde sob o marco biomédico foi uma das estratégias utilizadas pelo Vepop Extremo Sul para inserir os estudantes no trabalho social e potencializar a formação para o SUS. A mudança dos cenários de aprendizagem precisava vir acompanhada de modificações na própria lógica da formação em saúde e do cuidado disponibilizado, deslocando o foco das doenças e seus sintomas para concepções de saúde conectadas com os contextos de vida das pessoas. Na situação descrita abaixo, diante da solicitação para que as estudantes realizassem uma palestra a respeito dos hábitos de vida

saudáveis e de noções básicas de higiene, por parte das professoras de uma escola parceira do Vepop Extremo Sul, a extensionista demonstra preocupação com a construção de uma noção ampliada de saúde e com o protagonismo dos adolescentes.

Reunião com adolescentes para falarmos de saúde. Foi ótimo, eles participaram, se interessaram, conseguimos falar sobre as concepções de saúde, passamos o vídeo Ilha das Flores, construíram um painel com suas percepções de saúde, discutimos e foi sugerido então que eles trouxessem novos assuntos para futuros encontros, coisas que eles gostariam de saber, de discutir. (E3)

A postura pedagógica das estudantes diante dos temas sugeridos pelas professoras da escola não ficou limitada à transmissão de informações padronizadas sobre como prevenir as doenças e ter hábitos saudáveis. As extensionistas problematizaram esses temas a partir da construção compartilhada das concepções de saúde e do documentário *Ilha das Flores*. O documentário mostra de forma crítica e irônica o destino e o uso dos alimentos rejeitados e colocados no lixo por uma família de *classe média*. Primeiro, o lixo produzido é dado de alimentos aos porcos e, logo em seguida, seus restos são disputados por mulheres e crianças famintas que sobrevivem na Ilha das Flores. Além de analisarem de forma crítica os temas solicitados e de construírem coletivamente uma noção ampliada de saúde, as extensionistas sugeriram que no encontro seguinte os temas fossem levantados pelos próprios estudantes. Na educação popular, é importante que o processo pedagógico envolva as vivências e os conhecimentos prévios dos educandos, para que os assuntos discutidos tenham relação direta com as suas realidades e façam sentido em suas vidas.

Outro aspecto importante quando falamos de promoção da saúde é o investimento constante na produção de autonomia por parte das pessoas envolvidas nas situações de cuidado. No texto da lei 8.080/90⁽³³⁾, no capítulo referente aos princípios e às diretrizes do SUS, a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” é um dos princípios a serem obedecidos por ações, serviços e políticas de saúde. Além dessa atitude de resguardar a autonomia para defender a integridade das pessoas, é preciso respeitar e estimular a inclinação para a produção e o preenchimento da autonomia no conjunto variado das atividades cotidianas que elas desempenham – atividades que são trabalhistas, políticas, familiares, cuidadoras etc. A autonomia não precisa ser entendida em termos extremistas – a pessoa *tem* ou *não tem* autonomia – mas em termos de aumento ou diminuição, de maiores ou menores possibilidades de exercê-la. Precisamos levar em consideração que o ser humano passa a existir no mundo dependente da relação com outros seres humanos e com o próprio

mundo. Isso sugere que, pela própria necessidade que temos de conviver em sociedade, a autonomia não é fruto do individualismo, e sim uma ação construída de modo coletivo e solidário pelas pessoas no andar de suas vidas.

Portanto, quando falamos de autonomia não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade puro e simples, posto que todo o tempo estamos imersos numa rede de saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas.⁽⁸⁸⁾

Como profissionais e cidadãos, não podemos deixar de investir na produção de autonomia durante o processo de atenção à saúde, tanto no que diz respeito aos sujeitos que cuidamos, quanto da equipe em que estamos inseridos. A produção de saúde precisa ser compartilhada entre todos os envolvidos nas situações de cuidado para que possamos estabelecer maneiras criativas, sensíveis e solidárias para enfrentar dificuldades, limites e desafios inerentes à prática do cuidado. Nesse sentido, os dados indicam que as acadêmicas de enfermagem valorizaram a produção da autonomia nas comunidades onde o Vepop Extremo Sul desenvolveu suas práticas, como ilustram os trechos a seguir.

Esse é um dos objetivos do nosso projeto, que o pessoal da comunidade se organize e comece a atuar em prol da sua localidade, pois com certeza, quando são eles que fazem, o “seguir adiante” vai mais longe. (E7)

Fiquei muito contente em ver a união e autonomia das senhoras das comunidades. Dessa forma, vejo que a Educação Popular está funcionando e é evidente em nossa área de atuação. (E1)

As estudantes parecem ter reconhecido a exigência do protagonismo do “pessoal da comunidade” em relação às mudanças (e sua continuidade) que poderiam ser realizadas em suas próprias realidades. Nas atividades de educação popular, assim como em toda a relação cuidadora com vista à integralidade, é preciso estimular a autonomia dos sujeitos perante o mundo. Não para incriminá-los por suas escolhas individuais ou pregar um autocuidado fora dos limites da construção de uma obra terapêutica corresponsável entre profissionais da saúde e população, mas porque “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos conceder ou não uns os outros”⁽³¹⁾.

Entretanto somente o reconhecimento não garante a invenção de dispositivos que promovam a autonomia de indivíduos e coletividades. Mesmo dentro de um projeto de extensão popular, que estimulava o desconforto ativo dos estudantes perante o seu próprio processo de formação, a construção da autonomia dos estudantes em relação ao trabalho

social que era realizado nas comunidades foi permeada por contratempos e desafios. Na primeira passagem abaixo, E2 ressalta a forte dependência (ligação umbilical) criada pelo seu grupo de atuação em torno da figura do facilitador. Na segunda passagem, uma das facilitadoras do Vepop Extremo Sul comenta o seu desconforto em relação à dependência de algumas bolsistas de seu grupo, ao mesmo tempo em que enfatiza a autonomia de outras na organização das atividades. Na terceira passagem, retomando em seu diário uma conversa sobre a construção da autonomia nas comunidades, na qual alguns de seus colegas de grupo a incentivaram a agir com maior protagonismo e menor dependência, E6 questiona para si mesma a importância da reciprocidade entre estudantes e comunidades na produção de autonomia. Em outras palavras, não basta pregar a autonomia para os outros, é necessário agir com autonomia e contagiar os coletivos com posturas proativas.

Um aspecto negativo que levantei foi a “falta do rompimento do cordão umbilical”, do nosso grupo com o facilitador. Pois parece em muitos momentos que é indispensável a presença dele no grupo para que as coisas andem. (E2)

Mas será que é minha responsabilidade organizar tudo, chamar reunião e tal. Elas precisam ser mais autônomas e dou os parabéns a * [nome das bolsistas] que já possuem este espírito. (E4)

Conversamos sobre a autonomia da comunidade. Mas como podemos tentar autonomia lá, se não temos autonomia dentro do grupo? (E6)

Finalmente, destaco a intersetorialidade como um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde, ao lado de outros já salientados, como a ampliação do conceito de saúde e a construção da autonomia de indivíduos e coletivos. “A intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais”⁽⁸⁹⁾. É uma maneira de abordar os problemas sociais que atravessa diferentes setores e produz uma sinergia de conhecimentos e experiências que é utilizada no planejamento, na aplicação e na avaliação das intervenções conjuntas sobre problemas de uma determinada realidade. Quanto maior a composição de forças e a integração entre os diversos setores que atuam sobre um determinado território, menor a fragmentação das ações com vistas a garantir o direito à saúde e à qualidade de vida. O SUS é uma política pública que não se restringe à perspectiva intrassetorial. Ele foi pensado como parte de um projeto de sociedade construído a partir de valores como os da equidade e da justiça social. E esses valores só podem ser colocados em prática por meio do esforço coletivo e integrado dos diversos atores organizacionais e grupos sociais que compõem a sociedade.

Depois do evento fui para a Castelo Branco participar da mobilização em prol de melhorias na rodovia Roberto Socoowski. Estavam presentes moradores de vários bairros próximos à Avenida, contando com o apoio das associações de moradores dos bairros Castelo I e II, Santa Rita de Cássia, com integrantes do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria Alimentícia, o vereador Cláudio Costa, o Frei João Osmar e o projeto VEPOP. (E3)

Um dos eixos do VEPOP é a integração gestor, universidade, comunidade; enfim, vou falar com um representante da Secretaria de Saúde e espero fortalecer essa integração. Talvez eu possa levar alguém da comunidade comigo, mas quem? (E4)

Na mobilização citada por E3 houve uma forte integração entre diferentes grupos e organizações sociais para que as repetidas mortes de pedestres, ciclistas e carroceiros fossem evitadas. Os manifestantes reivindicaram a retomada da construção da ciclovia do trabalhador, paralela à rodovia Roberto Socoowski, iniciada em 2004, mas abandonada pouco tempo depois. A mobilização foi planejada e executada por diferentes setores da sociedade civil, como sindicatos, associações de moradores, instituições religiosas e universidade. Apesar de ser uma ação pontual, que durou apenas um dia, já se pode entrever na organização, na realização e na repercussão da passeata a potência sinérgica da intersetorialidade. Na manhã do dia previsto para o manifesto, antes mesmo de os grupos sociais e a população local saírem em marcha pela Roberto Socoowski, o poder público municipal já tinha deslocado seu pessoal e o maquinário para o reinício das obras.

No segundo depoimento, E4 reforça a necessidade de integração entre a gestão, a universidade e as comunidades, um dos objetivos do Vepop Extremo Sul. Por mais que em alguns momentos a relação entre o projeto e a gestão municipal tenha sido conflituosa, a estudante de enfermagem aposta no diálogo e na parceria com a secretária municipal de saúde. No movimento intersetorial que a estudante pretendeu tencionar, a participação de representantes da comunidade é algo bastante relevante, pois as pessoas mais interessadas na melhoria da qualidade de vida nas comunidades, que são seus próprios moradores, não podem ser excluídas do processo. Nesse sentido, “os atores organizacionais e os grupos populacionais passam a ser considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à sua realidade social”⁽⁸⁹⁾.

No decorrer desta categoria, abordei algumas dimensões ligadas à promoção da saúde que nos fazem pensar na complexidade e nos desafios colocados em torno da mudança do enfoque higienista e preventivo. A tendência preventivista volta seu olhar quase que exclusivamente para o combate das doenças que podem afetar o corpo biológico. Já a

perspectiva da promoção da saúde está conectada aos mais variados aspectos que condicionam e/ou determinam a saúde e a vida de indivíduos e coletividades. A construção permanente de um olhar ampliado em relação à saúde, a produção compartilhada de autonomia e a mobilização intersetorial com vistas à diminuição das injustiças sociais estão no horizonte da promoção da saúde e fortalecem a prática da integralidade. Adiante, problematizarei o papel do educador (popular) e seus desdobramentos na prática da integralidade.

5.6 “Afinal, quem são os educadores populares?”

Afinal, quem são os educadores populares? Respondo com Paulo Freire: “como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?” (E6)

O conteúdo da categoria que analisarei nas próximas páginas traz consigo uma pergunta instigante e que ao longo do tempo tem sido motivo de importantes reflexões e debates entre aqueles que estão dispostos a pensar os pressupostos que orientam a educação popular. “Afinal, quem são os educadores populares?” Esta categoria também carrega outras perguntas de igual ou maior relevância e que afetam diretamente a prática da integralidade. Quem são os educadores? Quem ensina quem? Quem detém o conhecimento?

A formação educativa dos estudantes do Vepop Extremo Sul foi processual e desafiadora. Nem todos se identificaram de imediato com os propósitos do projeto, e a expressão “toda ação educativa é uma ação política” foi vista por alguns com desconfiança. Porém o interessante, nesse processo educativo, foi o deslocamento da figura do professor e das vivências de aprendizagem. No Vepop Extremo Sul a sala de aula foi transposta para as periferias da cidade e os professores (lideranças comunitárias, benzedeiros, pescadores, artistas populares, sindicalistas etc.) possuíam titulações diferentes daquelas exigidas no meio acadêmico. De forma alguma quero desvalorizar o trabalho do professor universitário, mas afirmar que as instituições formadoras precisam de uma implosão criativa que adicione elementos inovadores no ensino da saúde. A relação entre educação popular e integralidade pode ser um dos caminhos possíveis para a aprendizagem de um modelo de atenção mais condizente com as necessidades da população.

Uma das inovações necessárias consiste em mudar a visão de que os profissionais precisam “educar o popular” para que ele possa ter saúde; por conseguinte, desconstruir a

imagem do recipiente vazio que precisa ser preenchido pelo conhecimento acumulado dos técnicos. No lugar dessa atitude de realizar depósitos, é preciso, cada vez mais, dialogar e aprender com o popular e seu conhecimento de experiência feito. Isso exige a concepção de que o educador é sempre um educando, e o educando é sempre um educador: são os dois, simultaneamente, educador e educando. Reconhecer essa condição é contrariar aqueles educadores que enxergam nos educandos – nunca neles próprios – um estado de “absolutização da ignorância”, pois acreditam que existam pessoas – os educandos – que nada sabem sobre nada⁽⁴⁶⁾. Contudo desde muito aprendemos com Freire, naquela que talvez seja uma de suas frases mais famosas, que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, as pessoas se educam entre si mediatizadas pelo mundo”⁽⁴⁶⁾. Abaixo, alguns depoimentos corroboram a afirmação citada.

Ele (educador popular) foi um menino usuário de drogas, ex-FEBEM, que fez do teatro o seu viver e hoje traz ao VEPOP um exemplo de vida, de luta. Fala do povo fazendo parte dele e tenta nos remeter ao que vamos encontrar nas nossas comunidades de atuação. (E6)

Eu gosto muito de trocar ideias com ela (líder comunitária), pois ela pensa em muitos fatores que eu nunca pensaria, justamente pela vivência nesse bairro que já tem e pelo conhecimento que tem do lugar. (E2)

Para a próxima semana então, ficou combinado de falarmos sobre reciclagem, primeiro sobre papel, onde uma moradora irá levar uma técnica que aprendeu para trocar com os demais. (E3)

Sei que não podemos depender dos ACS, mas confesso que eles conseguem fazer uma divulgação mais eficaz, uma vez que sabem a quem convidar, pois conhecem o perfil dos moradores do bairro. (E4)

As passagens escolhidas ilustram a importância conferida pelas estudantes a alguns dos atores que atuavam nos cenários de aprendizado do projeto. O primeiro deles é um educador popular que acompanhou o Vepop Extremo Sul desde a etapa de capacitação dos bolsistas, realizando e ensinando esquetes teatrais e jogos de expressão corporal que foram reproduzidos nas ações dos estudantes. O tempo que viveu como *menino de rua*, sua experiência em abrigos para menores e sua militância social foram um aprendizado para todos no projeto. Nas palavras de E6, um exemplo de vida e luta que remetia ao que os estudantes encontrariam nas comunidades de atuação. Em outra situação, E2 ressalta a importância da troca de ideias mantida com uma liderança comunitária e a descoberta de elementos que ela sozinha não teria pensado, pois fazem parte de um conhecimento que somente a vivência no bairro pode ofertar. São elementos próprios do andar da vida das comunidades que foram

compartilhados e constituem importante aprendizado para todo e qualquer trabalho social das extensionistas com vistas à integralidade. São conhecimentos que vão desde a técnica de reciclar papel até uma compreensão mais profunda do perfil dos moradores dos bairros, como expõem E3 e E4, respectivamente. De acordo com o que é sugerido nos depoimentos das estudantes, o mundo não cabe dentro da sala de aula; é preciso desbravar seus “cantos desperdiçados” – esquinas e vozes marginalizadas que estão repletas de conhecimentos – e educadores ignorados.

Os exemplos trazidos são reveladores da importância dos atores comunitários na aprendizagem dos estudantes. São experiências impossíveis de serem colhidas nos livros didáticos. Só quem as viveu de perto pode relatá-las com sentimento e vivacidade. É como o educador que “fala do povo fazendo parte dele”, conforme sinalizado por E6. Isso serve tanto para desmistificar algumas imagens negativas sobre os setores populares (tratados historicamente como ignorantes, incultos, atrasados) quanto para identificar os “educadores ignorados” pela formação em saúde.

No projeto Vepop Extremo Sul foram desvendados muitos educadores que contribuíram para o *desajustamento formativo* dos estudantes e a promoção da prática da integralidade. Se antes esses mesmos educadores eram tratados como *pacientes*, muitas vezes culpabilizados por ignorarem prescrições incoerentes com a sua realidade, na educação popular foram reconhecidos como sujeitos do aprendizado e do cuidado. É nesse sentido que a integralidade ajuda os profissionais de saúde a perceberem que estão lidando com histórias de vida que não podem ser resumidas a eventos patológicos. São histórias de indivíduos, famílias e grupos sociais que ajudam a repensar a formação na medida em que ampliam seu olhar sobre as necessidades de saúde e o modo como elas são percebidas. No encontro cuidador, necessariamente dialógico, todos ensinam e todos aprendem sobre o cuidado de si e do outro. A obra terapêutica é compartilhada e as relações entre profissionais e população podem rebater o autoritarismo, o individualismo e a fragmentação da atenção e da educação em saúde dominante. Tal aprendizagem com o outro é um desafio imposto para a prática da integralidade.

O conhecimento que esses educadores traziam em suas bagagens culturais vai além da universidade e de seus compêndios. Como ressaltam as estudantes logo abaixo: “A comunidade nos passa seus ensinamentos, e a cada dia aprendo algo novo”. Isso quer dizer que a comunidade tem uma função pedagógica e não serve somente como campo de aplicação dos saberes transmitidos pelos técnicos. A comunidade, seu território e sua gente produzem

conhecimentos que são socializados e valorizados pelas estudantes, bem como estas contribuem com sua “vivência e conhecimento para a comunidade”.

A comunidade nos passa seus ensinamentos, conhecimentos, e nós passamos nossa vivência e conhecimento para a comunidade. (E1)

Gostei de hoje, a cada dia me sinto mais familiarizada com eles e aprendo algo novo! (E4)

Esses conhecimentos são socializados das mais variadas formas. Muitas vezes, como expressões artísticas, outras vezes como inovações surgidas das restrições socioeconômicas que a vida nas periferias impõe. E o pensamento e a prática da educação popular ajudam na reação contrária “à visão tão negativa do povo como ignorante, inculto, selvagem, atrasado”, pois “destaca os saberes e a cultura deste povo”⁽⁶⁵⁾.

O que chamou minha atenção é que cada um sabe demonstrar suas inquietações, angústias e reivindicações de alguma maneira; como a senhora * [nome] fazendo reflexões sobre sua existência com suas belas e emocionantes poesias; a * [nome] cantando com letras de composição sua e que falam das injustiças, discriminação e nosso papel na sociedade. (E7)

Achei muito interessante ver duas meninas brincando com uma bicicleta feita de madeira e dois meninos brincando com um estilingue ou bodoque. Percebi o quanto se divertiam com brinquedos simples e fiquei admirada com a criatividade das pessoas que fizeram estes brinquedos. (E1)

Os conhecimentos que despertam a atenção de E7 são explicitados na sua fala. A poesia e a música são o pano de fundo para que as “inquietações, angústias e reivindicações” das camadas populares fossem lançadas durante uma assembleia de moradores que contava com a participação do ex-vice-prefeito da cidade do Rio Grande. Vozes declamaram o fardo existencial de quem sobrevive nas periferias e cantaram sobre a sociedade, suas injustiças e discriminações. E nesse momento as estudantes também aprenderam sobre como fazer da política uma ação cultural. De modo também interessante, aparece em um dos depoimentos o conhecimento contido na construção de brinquedos simples. Tal situação diz muita coisa sobre as dificuldades encontradas em comunidades empobrecidas que precisam reconstruir seu cotidiano pedalando com ginga e criatividade sobre os desafios e as restrições da pobreza.

Mas, afinal, quem são os educadores populares?

As pessoas que atuam política e amorosamente no campo da saúde e estão integradas com as necessidades da classe trabalhadora fazem parte de um movimento social denominado

educação popular em saúde¹². Os participantes desse movimento trazem uma unidade de propósitos para o campo da saúde: “a contribuição do pensamento freireano, expressa numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população⁽²³⁾. A passagem abaixo define o educador popular como todo aquele que está integrado com a unidade de propósitos já mencionada.

Todos somos, então, educadores populares, usando da matéria-prima “saber popular” para construção de formas alternativas de viver, com libertação e autonomia através do coletivo, visando nortear a vida social com uma participação ativa dos sujeitos-atores desse processo que chamo viver. (E6)

A visão de E6 sobre quem são os educadores populares responde à sua própria pergunta, trazida no título desta categoria, e corrobora o pensamento dos autores da área da educação popular em saúde. Além disso, a estudante nos diz que os extensionistas sensibilizados a tal ponto de almejam a libertação e a autonomia dos oprimidos podem ser reconhecidos como educadores populares. Isso demanda, contudo, o aprendizado dos conhecimentos produzidos pelos oprimidos e a participação ativa em suas reivindicações no processo de construção de um viver humanizado, coletivo e alternativo à violência do atual regime socioeconômico. Mas é fundamental lembrar o seguinte aviso:

Educação Popular é como ginástica, parou de fazer engorda, parou de fazer fica acomodado. Não existe *eu já fiz e agora estou diplomado vou ser um super educador popular o resto da vida*. Educação Popular é a ginástica do espírito pedagógico, não tem jeito, não se pode parar.⁽⁹⁰⁾

Entendo que todas as pessoas que participam e estão comprometidas com as experiências de construção de um mundo mais humanizado, identificadas com a educação dialógica e o trabalho político e emancipatório com os oprimidos, são educadores populares. Essas pessoas fazem parte de um movimento que vem ganhando força e aderência de diversos setores da sociedade. No fundo, é um movimento que amplia o papel do educador popular numa perspectiva cidadã e manifesta como prioridade a construção de relações dialógicas, militantes e afetivas com os oprimidos. Tais relações, tão valorizadas na educação popular, podem contribuir para a reconstituição humanizadora do cuidado, pensado desde as necessidades mais abrangentes do outro, frente ao seu processo de adoecimento.

¹² São muitas as expressões desse movimento, tais como: o Movimento Popular da Saúde (MOPS); a Rede de Educação Popular e Saúde; o GT de Educação Popular da ABRASCO; e, mais recentemente, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP).

No transcorrer da análise do conteúdo desta categoria, foi pensado o papel do educador (popular) e sua importância no ensino das estudantes de enfermagem. Destaca-se que, em certo sentido, todos e todas são sujeitos da aprendizagem e produzem conhecimento. Na extensão popular, a comunidade é uma imensa sala de aula aberta, e algumas pessoas que nela residem têm papel substancial na formação das estudantes. Essas pessoas, suas histórias de vida e atuação política e cultural, incorporam dimensões políticas, afetivas e criativas que podem distorcer o foco da luneta biomédica e mudar a formação em enfermagem. Isso porque o aprendizado, dentro do Vepop Extremo Sul, esteve intimamente ligado aos problemas e aos desafios que surgiram da realidade concreta das pessoas, dos seus diferentes modos de organizar o cotidiano, seus projetos de vida e luta por cidadania.

Apontou-se, também, que o educador popular, pelo menos na área da saúde, é reconhecido pela sua postura dialógica junto com os setores populares, seu comprometimento com os interesses da classe trabalhadora, sua atuação política e amorosa contra as injustiças sociais e a favor de um modelo humanizado de atenção à saúde. Além disso, é importante que ele tenha disponibilidade permanente para aprender com o outro, em vez de apresentar sua *carteirinha* de educador popular e palestrar sobre o verdadeiro modo de os oprimidos agirem no mundo. A análise do conteúdo da próxima categoria vai destacar o papel da extensão popular na formação em enfermagem.

5.7 “Não faço qualquer extensão, faço extensão de educação popular e saúde”

Outro ponto digno de ser destacado é o de que não faço qualquer extensão, faço extensão de educação popular e saúde. (E6)

A frase que nomeia esta categoria indica a visão política e educativa que parece ter orientado os estudantes do projeto Vepop Extremo Sul. Mas fazer extensão popular é colocar em evidência o desafio da institucionalização da educação popular via projetos de extensão universitária. O desafio é gerado pela própria contradição histórica contida na relação entre a universidade e os setores populares. A universidade foi fundada e avançou ao longo dos anos como uma instituição sintonizada com os interesses das elites dominantes¹³. Entretanto,

¹³ No início do século XX, no que se refere às pretensões na política educacional no Brasil, debatiam-se os princípios do liberalismo e do catolicismo. O primeiro, “pleiteava uma ordem legal e racional para uma desejada sociedade urbana e industrial e por uma educação laica”. O segundo lutava “para voltar a influenciar a educação nacional, a fim de manter o espírito cristão das elites, protestavam contra o ensino técnico, reivindicando um

mesmo que a universidade seja uma instituição fortemente vinculada aos interesses do mercado e da competição, tais interesses estão em disputa com outras formas de conceber a universidade e a sociedade. Os setores populares sempre insistiram na abertura democrática das instituições de ensino e organizaram reivindicações para que a mesmas tivessem um maior compromisso com o desenvolvimento e a transformação social.

Os setores de base resistem de diferentes maneiras e, de acordo com a força acumulada, conseguem se organizar, desafiando o poder dominante a criar novas formas de dominação que, por sua vez, provocam outras maneiras de resistência ou abrem brechas para novas reivindicações.⁽⁹¹⁾

As brechas produzidas com o fim da ditadura militar possibilitaram a inclusão nas universidades de projetos de extensão popular financiados pelo próprio Estado. Assim, a educação popular pode contribuir na crítica conduzida internamente por alguns setores universitários quanto ao modo de produção científica e finalidade do estudo acadêmico. No aspecto relativo à produção científica, o Plano Nacional de Extensão Universitária¹⁴ diz que a relação entre universidade e comunidade deve visar à “criação e recriação de conhecimentos possibilitadores de transformações sociais, em que a questão central será identificar o que deve ser pesquisado e para quais fins e interesses se buscam novos conhecimentos.”⁽⁹²⁾. Em relação ao segundo aspecto – intencionalidade do estudo acadêmico – acredito que a formação precisa estar voltada para as demandas da sociedade e para a melhoria da qualidade de vida da população. No campo da formação em enfermagem, isso significa que a finalidade do estudo acadêmico deve estar comprometida com os princípios e as diretrizes do SUS, o exercício da cidadania e a construção de uma sociedade mais humana e menos adoecida.

A extensão popular tem plenas condições de contribuir nas mudanças da graduação em enfermagem, pois envolve o aprendizado dentro dos desafios da realidade, na perspectiva crítica do trabalho social criador do mundo. Os estudantes, desafiados pelas necessidades e pela criatividade dos setores oprimidos, podem e devem refletir sobre seus próprios projetos de vida e a finalidade do estudo acadêmico. No processo, é possível que advenham aberturas antes sufocadas na formação biomédica, como o afeto, a intuição e a emoção. A dureza do método cartesiano (que separou corpo e mente) e do modelo positivo-flexneriano (que separou a pessoa em diversos pedaços) é questionada, e maiores são as chances de sermos

ensino humanista e generalista. Reivindicavam, em suma, o monopólio das mentes de todos que tivessem poder na sociedade”⁽⁶⁰⁾.

¹⁴ Documento elaborado pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Desporto.

surpreendidos por diferentes sentimentos que nos levem a distintos olhares sobre a ciência e a convergência entre interesses individuais e coletivos.

Muitas das estudantes de enfermagem tiveram o primeiro contato com a realidade opressora das camadas populares durante a participação no projeto Vepop Extremo Sul. A aproximação com situações de marginalização social produziu sentimentos de surpresa num primeiro momento. Na passagem relatada por E2, podemos visualizar o espanto que foi para a acadêmica seu contato com crianças que sobreviviam em ambientes de extrema pobreza. Essa é uma realidade que não fazia parte de sua vida, que talvez fosse pensada pela futura enfermeira como algo abstrato e distante, mas que foi encontrada pelos seus olhos na experiência comunitária. A surpresa diante da pobreza também foi comentada por E9.

Eu relatei que tinha me surpreendido um pouco, com aquelas crianças e com a extrema pobreza em que vivem aqueles que moram na periferia riograndina, que eu nunca havia visto, que eu realmente não conhecia. (E2)

A maior parte dos bairros é de ocupação. As condições das casas são lastimáveis. Concluí que existe mais pobreza que eu pensava em Rio Grande. (E9)

Certamente, mesmo aqueles que não participam de projetos de extensão popular têm alguma noção das dificuldades de sobrevivência que recaem sobre grande parte da população brasileira. Mas existe uma grande diferença entre supor as dificuldades que os setores empobrecidos enfrentam na construção de seu cotidiano e conviver com sua realidade. Durante a graduação em enfermagem, as comunidades são visitadas pela academia no desenvolvimento das disciplinas. Entretanto a relação estabelecida com a população é muito superficial. As atividades citadas por E8, no decorrer de sua aproximação com os bairros, parecem indicar que os métodos de transmissão de conhecimento (palestras e distribuição de folhetos), próprios da educação em saúde tradicional, ainda estão na moda. Além disso, resta saber qual o retorno social que as pesquisas aludidas previam, pois não é raro que a universidade utilize os dados oriundos das comunidades e não lhes devolvam os resultados.

Foi muito válido conhecer os bairros, nos deparamos com a realidade que iremos encarar. Alguns eu já conhecia, pois algumas disciplinas proporcionam o trabalho nesses bairros, mas algo muito superficial (através de palestras, distribuição de folhetos, entrevistas para pesquisas). (E8)

Trechos registrados nos diários sugerem que algumas estudantes mudaram sua visão em relação ao modo como as comunidades respondem às dificuldades do transcorrer de suas vidas e ficaram impressionadas com a participação política em prol de uma vida mais digna

das camadas populares. A imagem de pessoas passivas, que ignoram seus direitos e que aceitam tudo sem manifestar vontade de mudar a própria realidade, foi desconstruída pela extensão popular desde o início do projeto, como se pode identificar na reflexão de E9 reproduzida a seguir.

Fiquei impressionada de saber que eles lutam por modificações, melhorias em suas comunidades, pois bem pelo contrário, tinha ideia de que todos os moradores dessas comunidades em que iremos trabalhar eram passivos e aceitavam tudo sem protestar, o que vi não ocorre para todos. (E9)

Conforme Arroyo⁽⁶⁵⁾, “este processo de desconstrução de imaginários negativos, de reconhecimento de autoimagens pelo próprio povo e de construção de imagens positivas tem sido um dos aspectos mais pedagógicos do movimento de educação popular”. A mudança no imaginário das estudantes é também importante para a desconstrução da categoria *paciente*, muito utilizada pelos profissionais de saúde e que preserva características autoritárias e preconceituosas. Mais do que um inocente adjetivo, o termo paciente está impregnado de sentidos que trazem consigo uma visão dócil, silenciosa e passiva sobre as pessoas que cuidamos. No trabalho extensionista popular, as pessoas tendem a ser reconhecidas como sujeitos portadores de direitos sociais e dotadas de conhecimentos e capacidade inventiva sobre suas vidas e o território que compartilham. Essa visão pode ser transportada para todos os âmbitos da atenção em saúde e contribuir para a concretização da prática da integralidade na formação em enfermagem.

O contato com realidades marcadas pelo descaso e pelo abandono do poder público pode gerar o desconforto ativo e proponente de mudanças na extensão popular. A realidade, quando problematizada numa perspectiva crítica e emancipatória, retorna como desafio para as estudantes de enfermagem. O enfrentamento dos mecanismos de sustentação da ordem social injusta exige uma análise crítica das situações opressoras, que pode conduzir os estudantes até a prática política com os oprimidos. Essa prática política significa a reconstrução crítica e sensível do mundo e a abertura de novos caminhos que levam à transformação social. No depoimento que segue, a estudante demonstra estar motivada a transpor o mero contato com a realidade e partir para a sua transformação com os moradores das comunidades.

A realidade deles é realmente tocante, deu vontade de ficar lá e começar a construir uma sede para a associação de moradores, convocar de porta em porta os moradores para participarem das ações, sacudir o presidente do bairro, vontade de ir à prefeitura e protestar com eles pela melhoria nas

casas, nas ruas, no transporte, na violência, na saúde... senti a comunidade como se tivesse abandonada! (E3)

Talvez o desconforto ativo sentido pela estudante tivesse enveredado por caminhos distantes da transformação social se a prática educativa permanecesse a serviço da adaptação e do ajustamento ao *status quo* instituído. Como E6 parece reconhecer, não é difícil encontrar projetos de extensão universitária orientados por diretrizes impositivas e desinteressados pelas reivindicações das comunidades. Os projetos de tendência assistencialista estão mais preocupados em prescrever sua visão de mundo do que incentivar uma postura rebelde contra os mecanismos opressores da estrutura social.

A educação popular será, realmente, a aliada na nossa construção dentro deste espaço de vivências. Enfatizamos bem que não estamos lá para transferir conhecimento e seguir desenvolvendo atividades (assistencialistas) que “outros colegas universitários” infelizmente fizeram. (E6)

Uma família me falou: “você vão voltar mesmo?... “É que alguns não voltam...” A mesma família, comentou: “você não são daquele grupo que faz várias perguntas”. Brinquei: “não, não... nós viemos para fazer”. Chega de perguntas, a comunidade quer ação, mudança! (E4)

Pode-se observar nos depoimentos acima uma vontade de mudar a postura educativa bancária e avançar na integração transformadora entre universidade e comunidade. A prática da educação conservadora é refutada em dois de seus aspectos: a transmissão de conhecimento e a criação de dependência. Desde as primeiras capacitações do Vepop Extremo Sul, o tema da dependência da comunidade em relação ao projeto foi colocado em debate e muitas foram as críticas dirigidas a outras experiências estudantis que atuavam nas comunidades e não tinham como horizonte um projeto de emancipação social. Essas experiências entendiam a extensão universitária como prestação de serviços para os pobres e, de certa forma, mantinham as camadas populares tuteladas aos seus serviços. Como reconhece E6, a educação popular não compactua com a falsa generosidade oferecida via projetos de extensão que fazem da população seus meros beneficiários. A extensão popular trabalha no plano dos direitos sociais e da construção compartilhada de alternativas para a efetivação da cidadania. Mais do que assistir a população, precisamos nos integrar na sua realidade (o que significa muito mais do que uma visita e algumas perguntas) e construir com as comunidades competências políticas e gestão autônoma para que as mesmas possam conduzir as mudanças que entendem como necessárias. Essa reflexão vem ao encontro do argumento de Pedro Demo, para quem “garantir a sobrevivência das pessoas é direito radical

decisivo, mas ainda mais relevante que isso é gestar a competência política de saber garantir a sobrevivência com as próprias mãos”⁽⁹³⁾. Portanto retirar o protagonismo das pessoas também é um ato de violência⁽³¹⁾.

A emancipação é um processo construído na relação entre a realidade opressora e os sujeitos ativos e críticos, capazes de organizar mudanças coletivas na conquista de sua liberdade humanizadora. É própria da extensão popular a premissa de que a universidade também precisa se emancipar das amarras que a condicionam ao mercado e aos valores capitalistas. Nela não cabe o propósito impositivo de transformar o outro até o ponto que julgamos adequado – mesmo que o adequado signifique sua emancipação. Os educadores comprometidos com as ideias da educação popular são os *facilitadores* dos processos emancipatórios, não os seus proprietários. Nas passagens que seguem, identificamos a mobilização conjunta entre estudantes e as comunidades na luta por seus direitos sociais.

Nos reunimos às 9h no Largo Dr. Pio, juntamente com moradores da Barra Nova e outras pessoas que são contra a vinda da fábrica de celulose para a cidade do Rio Grande. Fizemos cartazes, faixas, folhetos explicativos sobre o impacto ambiental e social que esta fábrica irá causar. Montamos uma barraca onde passávamos relatos de moradores que não querem sair de seus lares e cenas dos lugares que viveram por toda a vida. (E8)

A mobilização em questão foi requerida pela população de uma das comunidades onde o Vepop Extremo Sul desenvolveu suas atividades. As estudantes de enfermagem participaram ativamente deste e de outros movimentos reivindicatórios, construídos sempre em parceria com as comunidades e os movimentos sociais (sindicatos, movimentos populares, associações de moradores). Na ocasião descrita, foram colhidas cerca de 1.200 assinaturas pela não retirada dos Moradores da Barra de suas casas e contra os *desertos verdes* – monocultura de árvores em grande extensão de terra para extração de celulose. A prefeitura municipal de Rio Grande buscava a remoção das moradias e de instalações pesqueiras da Barra Nova para fins de expansão portuária e introdução de um terminal de exportação de celulose. Todavia a negociação ocorria de forma impositiva e ameaçadora, gerando medo e ansiedade nos moradores quanto ao seu destino, já que as garantias dadas pelo governo municipal não agradavam de fato a comunidade pesqueira. Durante todo o projeto, os extensionistas contribuíram na organização da luta popular e foram adquirindo competência política no processo. Essas ações políticas também eram direcionadas aos serviços de saúde.

Seria o dia da manifestação dos moradores pela contratação urgente de profissional médico, porém não há mais necessidade, pois já veio profissional para a unidade. (E3)

Enfatizamos que a proposta surgiu da comunidade e como temos os recursos, computadores e cópias, confeccionamos os papéis. Além disso, apoiamos a ideia de mobilização social e não íamos recuar nessa hora. (E4)

A situação revelada por E3 e E4 é um indicador do compromisso das estudantes com os setores populares. A população solicitou o apoio do Vepop Extremo Sul para organizar uma manifestação em frente à USF que estava sem profissional da área médica há mais de um mês. É importante esclarecer que a referida USF mantinha ligações diretas com o projeto, já que a preceptora do grupo de atuação do qual as estudantes faziam parte estava a ela vinculada. Mas isso não impediu que a mobilização comunitária recebesse apoio do projeto. O interessante é que, mais uma vez, a manifestação atingiu seus objetivos antes mesmo de começar, pois quando a equipe de saúde ficou sabendo do movimento que estava sendo produzido, levou a questão imediatamente até a Secretaria de Saúde, e o problema foi resolvido rapidamente.

Entretanto, em decorrência dessa organização comunitária em prol dos seus direitos, a coordenação do Vepop Extremo Sul foi chamada para uma reunião com o secretário municipal da saúde e a Pró-Reitoria de Extensão da universidade, a fim de explicar os motivos da incitação da população contra a USF. A coordenação explicou que “a proposta surgiu da própria comunidade... apoiamos a ideia de mobilização social e não íamos recuar nessa hora”, pois a atividade estava coerente com os pressupostos da educação popular e com os objetivos do projeto. Nessa ocasião, o Vepop Extremo Sul recebeu apoio da Pró-Reitoria de Extensão (assim como em outras situações nas quais os protestos foram dirigidos à própria universidade) e a conversa com o gestor municipal rumou para o apontamento da necessidade de construção da residência multiprofissional em Saúde da Família na cidade do Rio Grande.

O projeto Vepop Extremo Sul, sempre que possível, buscou integrar as diferentes comunidades de Rio Grande e São José do Norte. A iniciativa de maior repercussão foi a construção coletiva do Fórum Social das Comunidades. Tal atividade, inspirada no Fórum Social Mundial, recebeu o incentivo e a presença de comunidades da periferia da cidade de Pelotas/RS. Foram quatro dias de debates, oficinas e atividades culturais que buscaram evidenciar as condições de vida das camadas populares e organizar uma agenda de reivindicações e lutas por uma melhor qualidade de vida para as comunidades. Entre os temas debatidos estavam: reforma psiquiátrica, hospital universitário e sua relação com as

comunidades, reforma urbana e luta pela moradia, economia popular e solidária, movimento estudantil, movimento Hip Hop, empoderamento comunitário e sustentabilidade, educação ambiental, *desertos verdes* etc. Mesmo que a integração entre as comunidades não tenha repercutido com a intensidade que os organizadores do fórum esperavam, a atividade mobilizou diversos setores sociais na sua construção e realização, promovendo o diálogo que ao mesmo tempo interpretava a realidade e propunha sua mudança.

Fórum Social das Comunidades no Bairro Castelo Branco. O fórum não estava lotado, como era a expectativa de nós vepopianos, mas as pessoas que ali estavam já representavam bastante para nós. Ver pessoas de comunidades distintas ou da mesma comunidade debatendo sobre assuntos em prol de melhorias para o bairro ou para a cidade é muito interessante. (E9)

Durante uma das rodas de debates realizadas no fórum, que tratava sobre a repercussão e os danos sociais das fábricas de celulose e dos *desertos verdes*, na qual estavam presentes diversos militantes ambientalistas, integrantes do Vepop Extremo Sul propuseram e ficaram responsáveis por congregarem esforços para realizar uma ampla mobilização questionadora da relação entre a FURG e as fábricas de celulose. Essa mobilização contagiou vários setores da cidade do Rio Grande e da própria universidade, gerando uma coalizão que reivindicava uma universidade com maior compromisso com as camadas populares. O Movimento Universitário Unificado, constituído pelo Vepop Extremo Sul, por entidades estudantis de graduação e pós-graduação, sindicatos e movimentos populares, organizou o I Acampamento de Alerta ao Papel da Universidade Pública, ao redor da reitoria da FURG. Nessa oportunidade, foi denunciado que o nome da universidade vinha sendo utilizado de maneira indevida em benefício das indústrias de celulose.

A circunstância é que alguns professores da FURG tinham sido contratados pelas empresas de celulose e papel para realizar parte do Estudo e Relatório de Impacto Ambiental (EIA/RIMA). Contudo, segundo a avaliação do Movimento Universitário Unificado, o coordenador do estudo na época, professor da FURG, promoveu uma campanha pública e ideológica em favor das indústrias, muito antes de o estudo estar concluído. Além disso, afirmava que suas opiniões representavam a posição da universidade. Por esse motivo, muitas pessoas, entre elas as estudantes de enfermagem, marcharam, acamparam e exigiram, em reunião com a Reitoria, uma posição perante esses fatos. No segundo dia do protesto, o reitor reuniu a imprensa e disse que o nome da universidade tinha sido usado de maneira indevida e que o professor coordenador do estudo não poderia falar em nome da universidade. Em

relação à mobilização destacada, E4 comenta que somos modelados para a passividade, por isso participar de tal ação política foi algo valorizado por ela.

Percebi como o sistema nos molda para sermos passivos, para não lutarmos por nossas ideias... Quando fazíamos o manifesto as pessoas nos olhavam como se fôssemos loucos, inconsequentes, utópicos... Quem participou do acampamento já tem uma história de movimento social e poucos eram novatos... Me senti até novata em meio a tanta movimentação, nunca havia participado de um acampamento... Principalmente na frente da reitoria... Adorei (E4).

A maioria das estudantes de enfermagem que tiveram seus diários de campo analisados nesta pesquisa comenta e reconhece a importância das atividades de organização comunitária e participação política às quais estiveram envolvidas de alguma forma. Muitas dessas estudantes descobriram a necessidade do trabalho político ao longo da experiência extensionista, pois nunca haviam organizado e participado de atuações nesse sentido. A prática do cuidado não está desligada das decisões políticas, e os profissionais de saúde não devem adormecer diante do desafio de *repolitizar* o movimento da Reforma Sanitária e avançar nas mobilizações por uma sociedade cuidadora e responsável. A própria construção da cidadania e o avanço do SUS dependem de reivindicações e ações concretas de indivíduos e coletivos organizados, mesmo quando essa luta é tachada por alguns como algo “inconsequente”.

Ao que tudo indica, a extensão popular gerou o trabalho político com as comunidades e mobilizou sentimentos que ampliaram o escopo da formação em enfermagem. A extensão também é definida na práxis daqueles que a vivenciam e mergulham em seu universo de possibilidades. Ela própria resulta do conhecimento e do agir político dos atores que a produzem. A experiência, para algumas estudantes, foi tão intensa que E6 ressalta que seu envolvimento com extensão popular gerou um ponto de ruptura na sua vida: uma abertura reveladora que a fez enxergar que seus propósitos individuais deviam estar intimamente ligados ao retorno social de seus estudos. No processo, descobriu que precisava rever os rumos de sua formação profissional, preocupando-se com a construção de uma “individualidade coletiva” responsiva às demandas sociais.

Parece que minha vida em todas as suas dimensões sofreu uma divisão: pré e pós-extensão! Estou exagerando? Só um pouco... mas o que eu senti foi isso! Comecei a voltar minha formação para mim, para a sociedade, preocupando-me com essa cobrança social. (E6)

A importância da vivência em educação popular foi tão importante na vida de E7, como se observa a seguir, que ela espera continuar contagiando seus colegas para transformar a “realidade acadêmica e social”. Nessa pretensão, pode-se subentender uma crítica à sua própria formação. Certamente, como já reiterei algumas vezes ao longo do texto, a formação por vezes segue caminhos distintos daqueles preconizados nas experiências de extensão popular. A convivência em comunidade, a postura crítica em relação aos serviços de saúde, a organização comunitária e mobilização política, a escuta das necessidades ampliadas das pessoas, o diálogo e o afeto produzido no encontro dos estudantes com os setores populares mudam a lógica da formação e são capazes de desencadear práticas voltadas para a integralidade. O sentimento que arrebatou a estudante é tão intenso que ela afirma com alegria: “Sou Vepop”. Tanto ela quanto E4 ressaltam a continuidade do projeto e sinalizam que o mesmo, de alguma maneira, já está incorporado nos estudantes que dele participaram, pois as “ideias e motivações” do trabalho educativo popular serão levadas adiante.

Com isso, tenho a alegria de falar que “SOU VEPOP”, “vestir a camisa sim”, lutar sim para a continuidade do projeto e para os que não se enquadram nos objetivos do projeto me resta a esperança de tentar contagiá-los com essa nossa luta de mudança e vontade de transformar toda essa nossa realidade acadêmica e social. (E7)

Gostei quando o pessoal falou que quer continuar, vejo que se isso está incorporado não tem como parar, deixar de participar do Vepop, do projeto em si, não reduzirá nossas ideias e motivações, pois se o objetivo foi alcançado todos terão autonomia de atuar com a educação popular, independente de onde estiverem. (E4)

Na análise do conteúdo desta categoria, destaquei que a extensão popular, realizada no Vepop Extremo Sul, mesmo institucionalizando a educação popular, manteve sua postura crítica e orientação transformadora. Ao entrarem em contato com a realidade dos setores populares, as estudantes de enfermagem demonstraram surpresa e preocupação com a situação social das pessoas que sobrevivem na extrema pobreza. A aproximação problematizadora com essa realidade contribuiu para a inauguração de novos sentidos e fins sociais para a graduação das enfermeiras. Nesse movimento, as futuras enfermeiras reconheceram e estiveram integradas em diferentes tipos de mobilizações comunitárias, atuando de modo coprotagonista e adquirindo competência política para enfrentar os desafios da garantia do direito à saúde. As experiências e as reflexões relatadas nos diários de campo indicam que a extensão popular proporcionou uma inserção mais profunda e desafiadora na realidade comunitária do que aquelas produzidas nos estágios curriculares, resguardando um

horizonte emancipatório não impositivo e preocupado com a produção de cidadania. Por último, as estudantes disseram ter incorporado o referencial da educação popular nas suas vidas, independentemente do lugar onde possam estar atuando. Por tudo isso, é possível argumentar que a extensão popular desajusta o modelo formativo concentrado no hospital, na doença e nas intervenções sobre a doença e contribui na abertura de outras práticas que viabilizam e potencializam a integralidade na formação em enfermagem. Na próxima categoria, analisarei alguns aspectos salientados pelas estudantes, na experiência extensionista, que proporcionaram mudanças na formação em enfermagem.

5.8 “E a mudança foi em mim também”

E a mudança foi em mim também. Como sou muito de falar, aprendi uma sábia lição: escutar, mais do que isso, aprendi a ouvir o próximo. (E6)

A formação dos profissionais de saúde é um tema recorrente quando analisamos os empecilhos ao desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS. As mudanças operadas ainda são insuficientes para que possamos avançar efetivamente na participação política e cidadã que move a mudança setorial. Apesar dos avanços já estabelecidos, tal mudança requer uma implicação profunda das escolas formadoras, dos trabalhadores de saúde e da sociedade no cumprimento dos preceitos constitucionais do direito à saúde e a opção por um modelo de atenção centrado nas pessoas e suas necessidades mais abrangentes.

O fortalecimento e a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), que desde 1998 é considerado uma estratégia estruturante no setor saúde, deixou ainda mais evidente a inadequação do modelo de ensino dominante dos profissionais de saúde, pois exigiu destes uma abordagem complexa perante a vida e o sofrimento individual e coletivo. A dimensão mais ampla do conceito de saúde, conforme inserida no texto constitucional brasileiro, ainda não foi incorporada ao ponto de produzir uma ruptura profunda e desencadear no âmbito das escolas formadoras as mudanças necessárias ao período de transição em que vivemos – entre a formação ao molde flexneriano e a formação centrada no SUS.

O Vepop Extremo Sul caminhou e construiu seu caminho escutando as experiências, as reflexões e os sonhos de estudantes e professores envolvidos com a formulação de práticas pedagógicas comprometidas com a transformação social. A própria elaboração do projeto foi resultado da insatisfação de um grupo de estudantes da área da saúde envolvido com a prática

da *extensão marginal* (não institucionalizada). Ao seu modo, no contato direto com os setores populares e os movimentos sociais, e tendo como eixo estruturante de suas práticas a educação popular, esse grupo acabou buscando a reorientação de sua própria formação. O sentimento de insatisfação com os rumos da graduação em enfermagem, focada no mercado e na competitividade, bem como a importância das vivências universitárias que contemplam os aspectos sociais da formação profissional, são expostas por E6 em seu depoimento.

Nossa formação profissional atual não nos estava deixando satisfeitos. Voltada para o mercado competitivo, a formação não contemplava o social. Aí, outro ponto importante! Estávamos ali para uma vivência mais profunda do que é ser universitário. (E6)

As injunções do mercado sobre a formação profissional estão relacionadas com a produção de atitudes individualistas e ancoradas na perspectiva neoliberal de mundo – mercado livre, Estado mínimo e competitividade acirrada. Como resultado, os estudantes são formados para a negação do outro e, portanto, de si mesmos. Atualmente, a

coincidência entre propósito individual e social não se dá, porque, no momento em que uma pessoa se torna estudante para entrar na competição profissional, ela faz de sua vida estudantil um processo de preparação para participar num âmbito de interações que se define pela negação do outro, sob o eufemismo: *mercado da livre e sadia competição*. A competição nunca pode ser sadia, porque se constitui na negação do outro.⁽⁹⁴⁾

No entanto constata-se alguns indícios de que a educação popular pode provocar uma reviravolta na formação em saúde, em sentido contrário à negação do outro. No excerto do diário de E6, apresentado abaixo, fica visível a influência do contato da educação popular no cuidado de enfermagem voltado para as demandas das pessoas que são sujeitos desse cuidado, portanto, não mais para o *mercado competitivo*, como tinha anteriormente ressaltado. Em outras palavras, a estudante encontrou um sentido social para a sua atuação como enfermeira: trabalhar de forma a aproximar o produto do trabalho às expectativas das pessoas. Esse é um dos objetivos da formação para a prática da integralidade.

Hoje tento trabalhar sempre dentro da expectativa das pessoas que me rodeiam, das pessoas a quem presto assistência de Enfermagem, da população em geral. (E6)

A reviravolta na formação em saúde produzida pelas vivências em educação popular é um achado significativo e aponta para a necessidade de fortalecer essa opção política e

pedagógica na graduação dos cursos da saúde. Muitas estudantes relataram que a experiência em comunidade, o desvelamento dos problemas, a vivência e o trabalho com os setores populares, as amizades com os colegas do projeto, a luta contra o atual modelo de formação, constituíram um “aprendizado único” e transformador em suas vidas. A esperada sensibilização para a transformação incidiu, primeiramente, conforme relata E4, sobre os próprios participantes do Vepop Extremo Sul. E a sensibilização foi experimentada com uma intensidade tão renovada que mudou suas vidas nos âmbitos profissional e pessoal, como indicam os diferentes e expressivos depoimentos das estudantes de enfermagem.

Durante o percurso que vivenciamos, cada momento realizamos um aprendizado único. E realmente, acredito que a transformação se deu em mim quando estava lá, na comunidade, percebendo seus problemas, vivenciando e trabalhando com eles. (E5)

O crescimento pessoal e acadêmico/profissional a cada dia se renova com o decorrer do clubinho (da cidadania), uma experiência que mudou minha vida e por isso me sinto até “sem graça” em dizer que talvez os mais sensibilizados após essa vivência sejam nós os vepopianos. (E4)

Eu falei que minha visão profissional e pessoal mudou positivamente, me trazendo clareza desta realidade e projeção da profissional que pretendo ser. (E3)

Digo, com toda certeza, que os momentos junto à comunidade e ao grupo estão sendo importantes para meu crescimento enquanto estudante, profissional e pessoal. (E7)

Transformação pessoal e profissional. Nunca imaginei que amigos, a vivência em comunidade, a luta na universidade contra a atual hegemonia acadêmica, iam me fazer ser “outra” enfermeira. (E6)

Nem todos os estudantes do projeto viveram tal processo de transformação, como nos adverte E8. A estudante refere tristeza ao identificar que alguns colegas não estiveram comprometidos com as comunidades e os objetivos do projeto, mas é uma tristeza sobreposta pela alegria de saber que outras pessoas foram plenamente envolvidas e transformadas pela experiência vivenciada. Portanto, se por um lado o objetivo de transformação profissional não contagiou a todos os estudantes, por outro as sementes foram lançadas e o modelo de formação foi desafiado.

Fico triste por essas pessoas (não comprometidas), mas sobrepondo esta tristeza com a alegria de ver pessoas totalmente transformadas e em completo comprometimento com o projeto e com a comunidade. (E8)

O objetivo de transformação do futuro profissional de saúde pode não ter contagiado a todos, mas sei que a sementinha foi plantada em muitos, e isso já vale a pena. (E4)

O desafio a que me refiro é a conexão da formação em saúde com as ações e os processos de aprendizado consonantes com os sentidos da integralidade e com o SUS. Esses sentidos são gerados na convivência com a prática e podem produzir valores diferentes daqueles dominantes na formação em saúde. As práticas pensadas segundo os pressupostos da educação popular são formas democráticas e dialógicas de potencializar a participação dos estudantes e dos setores populares na luta pelo direito à saúde como questão de cidadania. Tal participação é fundamental, mas não pode ser imposta. Sendo assim, é preciso reorientar a finalidade do estudo acadêmico e investir em processos reflexivos e concretos que revelem a importância do SUS como política social e projeto de sociedade.

No depoimento de E3, a estudante diz que sua participação no Vepop Extremo Sul foi reveladora do próprio SUS e das políticas públicas de saúde, que a experiência mobilizou uma identificação de luta com a causa – a determinação dos princípios e diretrizes do SUS. A produção dessa identificação é também observada por E6, quando diz que conceber saúde “com” as comunidades fez dela uma “outra profissional dentro da sociedade”: que acredita, defende e deve estar preparada para atuar no SUS.

Capacitação para discutir o SUS, esta sim foi reveladora para mim, que estudo enfermagem e ainda não conhecia bem as diretrizes do SUS, a lei 8.080 e a história das políticas públicas de saúde no Brasil. Se não tivesse participando do projeto não teria esse contato e a identificação com a causa, lutar por um SUS igualitário, universal e que atenda de forma integral os cidadãos e cidadãs que procuram o serviço. (E3)

Essa forma diferente de conceber saúde com a comunidade, fez/faz de mim outra profissional dentro da sociedade, ainda mais em se tratando de SUS, uma ideologia que acredito, que defendo e que tenho que estar realmente preparada para atuar nesse sistema! (E6)

No decorrer desta categoria, procurei destacar alguns aspectos que apontam a relação entre as experiências vividas na extensão popular e a mudança produzida na formação das estudantes de enfermagem. Conforme as passagens destacadas, a maioria das acadêmicas que participaram do estudo demonstrou um sentimento de transformação que mudou suas vidas no âmbito profissional e pessoal. Os dados indicam um aprendizado substancial pela educação popular, capaz de promover a implicação com a superação dos desafios impostos à consolidação do SUS. O primeiro desses desafios, certamente, é o reconhecimento e a valorização do SUS na formação em saúde e na atuação profissional, o que parece ter acontecido no decorrer do projeto Vepop Extremo Sul.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a universidade desempenhe uma função social mais conectada com as necessidades da população, ela deve ter a capacidade de promover de maneira efetiva uma relação dialógica e intercultural entre o universo acadêmico e o popular, entre a produção do conhecimento e as demandas por justiça social. É no diálogo, na escuta, na construção de vínculos, inclusive afetivos e políticos, no acolhimento, na responsabilização, na prática interdisciplinar e multiprofissional realizada em diferentes cenários de aprendizagem, que estudantes e população podem ressignificar sua relação, desvendando sentidos e valores antes encobertos pela distância da acumulação e pela transmissão vertical da informação disciplinar. Nesse sentido, a formação em saúde precisa ser questionada e transformada; temos muito que aprender com os movimentos sociais e com as pessoas que residem e resistem diante das situações de pobreza e vulnerabilidade social.

Entretanto considerar o hospital como único local de excelência para o aprendizado em enfermagem é uma construção histórica que ainda permanece viva no imaginário de grande parte do corpo discente e docente das instituições de ensino. Os hospitais são um importante cenário de aprendizagem, mas não podem sobrepujar as experiências formativas realizadas nos outros espaços de cuidado distribuídos pelos serviços de saúde. Da mesma maneira, os espaços de cuidado vinculados aos serviços de saúde não podem ser considerados suficientes na formação, mesmo que estejam situados dentro das comunidades e tenham uma população adstrita. É preciso, em algum momento da formação, mudar de perspectiva e deixar de olhar a população somente com a luneta dos serviços de saúde.

A análise desenvolvida na presente investigação permite argumentar que o interessante nas experiências de extensão popular é conviver e estar integrado de tal maneira com as comunidades que se possa compreender e aprender com seus movimentos políticos e expectativas de cuidado. As comunidades são espaços de produção de cuidado e podem oportunizar aos estudantes uma perspectiva ampliada sobre as necessidades de indivíduos e coletivos – menos na direção do assistencialismo do que na conquista da autonomia e dos direitos sociais, quando o trabalho social é realizado na perspectiva da educação popular.

A educação popular, no cenário da extensão universitária, pode ser um dispositivo transformador da formação em enfermagem, na medida em que contém potência para provocar rachaduras e infiltrações na estrutura instrumental, fragmentária, patológica e

voltada para procedimentos técnicos do aprendizado tradicional da profissão. Esse achado sugere uma reviravolta nos processos de aprendizado da enfermagem e aponta para a necessidade de fortalecer a educação popular como opção política e pedagógica na formação em saúde.

Durante o projeto Vepop Extremo Sul, o aprendizado da integralidade foi proporcionado na medida em que os cenários de aprendizado foram modificados, e o trabalho coletivo, multiprofissional e interdisciplinar foi vivenciado pelas estudantes de enfermagem. Além disso, a convivência com os setores populares ofereceu às estudantes uma maior possibilidade de cultivar o diálogo e a escuta *com* os outros. Isso é algo significativo, já que é pelo diálogo que compartilhamos o mundo e aprendemos a respeitar as diferenças.

Outro aspecto importante apreendido na experiência extensionista, e que guarda relação com a integralidade, foi que o aprendizado é um processo permanente e exige a sintonia entre ação e reflexão. O espaço das práticas no território comunitário é ambiente fecundo e provocador de reflexões sobre os limites da formação atual e da necessidade de constituir modificações constantes no mundo do trabalho, tendo em vista a dinâmica pulsante das políticas de saúde e das exigências democráticas e constitucionais que garantem o direito à saúde para toda a população brasileira. Os espaços coletivos de análise das práticas, dispositivo importante das ações de educação permanente e de educação popular em saúde, podem gerar uma análise crítica e pedagógica sobre as experiências vividas; apontam caminhos para a produção do cuidado a partir de uma abordagem problematizadora sobre a realidade onde trabalhadores e estudantes estão inseridos.

O fortalecimento da prática da integralidade na formação em enfermagem é dependente da criação de vínculos consistentes entre estudantes e população. A construção de vínculos afetivos e políticos contribuiu para a geração de compromisso e responsabilidade das estudantes com os setores populares, tanto que o sentimento de pertencer à própria comunidade em que atuava foi relatado por uma das estudantes. Esses sentimentos ajudam a diminuir a distância cultural que muitas vezes existe entre os técnicos e a população, pois despertam uma dimensão relacional e intersubjetiva do cuidado, capaz de incorporar valores que humanizam as práticas dos profissionais de saúde.

O aprendizado de práticas no sentido da promoção da saúde foi observado na experiência extensionista, no que se refere à produção compartilhada da autonomia, da atuação pautada por um conceito ampliado de saúde e da ação intersetorial para fins da

garantia dos direitos sociais. São práticas que apontam para uma formação desenvolvida sobre o eixo da integralidade e condizentes com o referencial da educação popular. Os relatos das estudantes demonstram que a produção de saúde não se limitou a questões biológicas, assistenciais ou intrasetoriais, sendo expandida e entendida como resultante de uma complexa elaboração social e do protagonismo dos sujeitos diante do cuidado de si e do outro.

Na extensão popular a sala de aula é ampliada, e o processo de aprendizagem incorpora outros sujeitos e situações. As comunidades e seus moradores possuem conhecimentos de experiência vivida que podem ser muito úteis para a formação em enfermagem, na medida em que corroem a imagem distorcida das camadas populares como *massa de ignorantes* – que precisa ser tecnicamente informada e conduzida para um viver saudável – e revelam para as estudantes que aqueles que demandam seus cuidados possuem conhecimento para ser compartilhado.

A prática da educação popular vai sempre nos interrogar sobre quem são os educadores, e a resposta é que todos nós somos educadores que possuem conhecimentos (diversos e até mesmo conflitantes) que precisam ser escutados e refletidos. A formação em enfermagem não pode deixar de realizar a *escuta dialógica* e aprender com a multiplicidade das experiências contidas em todo encontro cuidador. Caso contrário, corremos o risco de cristalizar nossas próprias afirmativas, impor uma visão particular de cuidado, desconectar a produção de saúde das necessidades das pessoas e abafar a prática da integralidade.

A extensão popular na área da saúde pode ajudar a construir uma *comunidade acolhedora e protetora da vida*, por meio do estímulo e da cooperação para que os diversos sujeitos e setores comunitários – serviços de saúde, instituições religiosas, associações de moradores, movimentos organizados, universidade, grupos culturais etc. – sejam corresponsáveis pelo cuidado dos seus membros. Foi na tentativa de viabilizar essa construção que as estudantes de enfermagem redirecionaram a finalidade do seu estudo acadêmico e incorporaram a necessidade de ser “outra enfermeira”: voltada para as demandas sociais e implicada com o SUS.

Por fim, sugiro novas pesquisas sobre as escolhas e o desenvolvimento profissional das estudantes de enfermagem egressas do Vepop Extremo Sul. Resta saber se os indícios de uma formação voltada para a prática da integralidade, disparada pelas vivências em educação popular no cenário da extensão universitária, apresentados nesta pesquisa, têm repercussão na atuação profissional das enfermeiras.

REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 Out [acesso em 2008 Out 13]; 20(5):1411-1416. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en
2. Carvalho YM, Ceccim, RC. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GW; Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Pinheiro R, Ceccim RB. *Experienciação*, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: Pinheiro, R, Ceccim RB, Mattos RA. editores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO; 2006.
4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 Out [acesso em 2008 Jul 11]; 20(5):1400-1410. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en
5. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na internet]. 2008 Mar [acesso em 2008 Nov 25]; 42(1): 48-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=en
6. Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Trabalho, educação e saúde [periódico na internet]. 2004 Set [acesso em 2008 Jun 19]; 2(2): 271-285. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/numeros/buscaedicao.cfm?Acao=Anterior&Num=23>
7. Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. editores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, ABRASCO; 2007.
8. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. bras. educ. med. [periódico na internet]. 2008 Dez [acesso em 2009 Set 20]; 32(4): 492-499. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=pt&nrm=iso

9. Tesser CD, Luz MD. Racionalidades médicas e a integralidade. Cien Saude Colet [periódico na internet]. 2008 Fev [acesso em 2008 nov 16]13(1): 195-206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en
10. Araujo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Revista Baiana de Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 Jun [acesso em 2008 Set 25], 31(1): 20-31. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/capa_revista_vol31_suplemento.htm
11. Henriques R. É cuidando que se ensina a cuidar. Entrevista ao BoletIN Integralidade em saúde [internet]. Rio de Janeiro: Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS; 2004 [acesso em 2008 out 28]; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=232&sid=20>
12. Corbellini VL. Ensino de enfermagem e as relações instituídas no hospital a partir da década de 1950. Rev Gaúcha Enferm, 2007 dez; 28(4):489-96.
13. Almeida AH, Soares CB. Ensino de educação nos cursos de graduação em enfermagem. Rev. bras. Enferm, 2010 jan-fev; 63(1): 111-6.
14. David MH, Aciole, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. Rev. bras. Enferm, 2010 jan-fev; 63(1): 127-31.
15. Albuquerque PC, Stotz EM. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface - Comunic., Saúde, Educ., 2004 mar-ago; 8 (15): 259-74.
16. Rodrigues, RM, Caldeira, S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. Rev Bras Enferm, 2008 set-out; 61(5): 629-36
17. Singer P. A cidadania para todos. In: Pinsky J, Pinsky, CB. História da cidadania. 4ª ed. São Paulo: Contexto; 2008.
18. Cardoso de Melo JA. Educação e saúde: Dimensões da vida e da existência humana. In: Amancio A, Amancio AM. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
19. Minayo MCS. Saúde e doença como expressão cultural. In: Amancio A, Amancio AM. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
20. Falcão, EF. Vivência em comunidades, outra forma de ensino. 1ª ed. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; 2006.

21. Souza JF. Educação Popular para o terceiro milênio – desafios e perspectivas. In:Costa MV. Educação popular hoje. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
22. Vasconcelos EM. Constituição, crise e redefinição da Educação Popular em Saúde [texto na Internet]. [s.d.] [acesso em 2009 jul 25]. Disponível em: www.redepopsaude.com.br/Varal/ConcepcoesEPS/ConstituicaocriseEPS.PDF
23. Stotz EM, David HM, Wong Un, JA. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Revista de APS, 2005; 8(1): 49-60.
24. Vasconcelos EM. Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde [texto na internet]. 2003 [acesso em 2009 ago 12]. Disponível em: www.redepopsaude.com.br
25. Padilha WWN. editor. Relatos e vivências de educação popular. 1ª ed. João Pessoa: Idéia; 2007.
26. Silveira JLG. editor. Liga de saúde coletiva: extensão popular em busca da integralidade. 1ª ed. Blumenau: Edifurb; 2008.
27. Brasil. Ministério da Saúde. VER-SUS BRASIL: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde, componente extensão universitária no SUS. Versão inicial para debate. Circulação restrita: documento em construção. Brasília; 2005.
28. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface - Comunic., Saúde, Educ., 2005 mar-ago; 9 (17): 389-406.
29. Vasconcelos EM. Prefácio. In: Padilha WWN. Relatos e vivências de educação popular. 1ª ed. João Pessoa: Idéia; 2007.
30. Sader E. Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.
31. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
32. Constituição Federal. In: Governo do Rio Grande do Sul, Secretária da Saúde, Conselho Estadual de Saúde. Legislação Federal e Estadual do SUS. 2000.
33. Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: Governo do Rio Grande do Sul, Secretária da Saúde, Conselho Estadual de Saúde. Legislação Federal e Estadual do SUS. 2000.

34. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO; 2001.
35. Camargo KR Jr. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro, R, Mattos, RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO; 2007.
36. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2004 Fev [acesso em 2009 Out 10]; 8(14): 21-32. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=en
37. Scliar M. História do conceito de saúde. Physis [periódico na internet]. 2007 Abr [acesso em 2009 Jul 10]; 17(1): 29-41. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso
38. Stotz EN. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trabalho, Educação e Saúde; 2005 3 (1): 9-30.
39. Feuerwerker LCM. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. Olho Mágico 2003 Set; 10 (3): 21-6
40. Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Rev. esc enferm USP [periódico na internet]. 2001 Mar [acesso em 2009 Out 20]; 35(1): 80-87. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100013&lng=en
41. Ribeiro JP, Tavares M, Esperidião E, Munari DB. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. Rev Enferm UERJ [periódico na internet]. 2005 Dez [acesso em 2009 Out 20];13(3):403-409. Disponível em:
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522005000300017&lng=pt
42. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. [internet] Brasília: Portal do Ministério da Educação; 2001 [acesso em 2009 Out 10]. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos-vinculados

43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília; 2004.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto VER-SUS BRASIL: Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília; 2003.
45. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. Rev Bras Enferm [periódico na internet]. 2007 Fev [acesso em 2009 Set 20]; 60(16):96-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100018&lng=e
46. Freire P. Pedagogia do oprimido. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
47. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 1984.
48. Freire P. Educação como prática de liberdade. 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
49. Zitzoski JJ. Educação popular e emancipação social: convergências nas propostas de Freire e Habermas [internet] Rio de Janeiro: Portal da ANPED (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação); 2003 Out [acesso em 2009 Set 19]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/26/inicio.htm>
50. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
51. Bauman Z. Em busca da política. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000.
52. Silva CMC, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rev C S Coletiva [periódico na internet] 2007 [acessado em 2009 19 Set]; [aproximadamente 13 p.]; Disponível em: http://www.abrasco.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1532
53. Oliveira RM. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. Perspect. Ciênc inf. [periódico na internet] 2003 Dez [acessado em 2009 19 Set]; Disponível em: <http://www.eci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/issue/view/17>
54. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, editor. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.
55. Oliveira RM. Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Victor V. Valla. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 Aug [acesso em 2008 Fev 25]; 19(4): 1175-1187. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400038&lng=en

56. Silva CMC, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rev C S Coletiva [periódico na internet] 2007 [acessado em 2009 19 Set]; [aproximadamente 13 p.]; Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1532
57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.256 de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). [internet] Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CNASS; 2009 [acesso em 2009 10 Nov]. Disponível em: http://www.conass.org.br/arquivos/file/arquivo%20conass%20informa/ci_80a1_09.pdf
58. Vasconcelos E. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2001; 5 (8):121-126.
59. Jezine E. A crise da universidade e o compromisso social da extensão universitária. 1ª ed. João Pessoa: Editora universitária/UFPB; 2006.
60. Silva EW. O papel da extensão no cumprimento da função social da universidade. In: Silva EW, Frantz W. As funções sociais da universidade, o papel da extensão e a questão das comunitárias. 1ª ed. Ijuí: Unijuí; 2002.
61. Sousa All. A história da extensão universitária. 1ª ed. Campinas: Alínea; 2000.
62. Mendes A Jr. Movimento Estudantil no Brasil. 2 ed. São Paulo: Brasiliense; 1982.
63. Melo Neto JF. Extensão universitária e produção do conhecimento. Rev Conceitos. 2003 Mar; (9): 13-17.
64. Melo Neto JF. Extensão popular - valores éticos para uma cultura política pela extensão universitária. 2005. In: VIII Congresso Ibero-Americano de extensão universitária. Navegar é preciso... Transformar é possível. [evento na internet]. 2005; Rio de Janeiro, Brasil. [acesso em 12 jun 2008]. Disponível em: http://www.pr5.ufrj.br/cd_iberobiblioteca_do_site/trabalhos_3.htm
65. Arroyo, M. Educação popular, saúde, equidade e justiça social. Cad. CEDES [periódico na internet] 2009 dez [acesso em 12 ago 2010]; 29 (79): 401-416. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300009&lng=en&nrm=iso
66. Chauí M. Convite à Filosofia. 13 ed. São Paulo: Ática; 2005.
67. Santin S. Ciência, cientificidade e cientistas. 1ª ed. In: Santin S. Textos malditos. Porto Alegre: edições EST; 2002.

68. Foucault M. Verdade e poder. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2001.
69. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
70. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.
71. Flick U. *Introdução a pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
72. Zabalza MA. *Diário de aula: um instrumento de pesquisa e desenvolvimento profissional*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
73. Soares F. Projeto VEPOP – EXTREMO SUL: VER-SUS/EXTENSÃO: Vivências em Educação Popular no Extremo Sul do Brasil. Relatório final. Rio Grande; 2007.
74. Martini JG. Mas, do que é mesmo que estamos falando quando abordamos a integralidade? *Rev. Bras. Enferm*, 2008 mai-jun; 61(3): 285.
75. Ayres JR. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 2007; 17(1):43-62.
76. Brandão CR, Borges MC. Criar com o outro: o educador do diálogo. *Rev. Ed. Popular*, 2008 jan-dez 7: 2-25.
77. Freire, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
78. Freire, P. *Extensão ou comunicação?* 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1983.
79. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, ABRASCO; 2007.
80. B. *Da relação com o saber: elementos para uma teoria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
81. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 2005 set-fev; 9 (16):161-77.
82. Meirelles BHS, Erdmann AL. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2005 Jul-Set; 14(3):411-8.
83. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde - o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 1999 abr-jun; 15(2):345-353.

84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Editora MS; 2004.
85. Zitkoski JJ. O diálogo em Freire: caminho para a humanização. Revista Eletrônica “Fórum Paulo Freire” [periódico na internet] 2005 jul [acesso em 10 jan 2011]; 1(1): 1-7. Disponível em: www.ufpel.edu.br/fae/paulofreire/novo/br/pdf/24.pdf
86. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Editora MS; 2006.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Editora MS; 2006.
88. Campos GV, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9(3):745-749.
89. Junqueira LA. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. RAP, 2000 nov-dez; 34(6): 35-45.
90. Frei Betto . Desafios da educação popular: as esferas sociais e os novos paradigmas da educação popular [monografia]. São Paulo (SP): Instituto Sede Sapientiae/CEPIS; 2000 [acesso 20 nov 2006]. Disponível em: <http://www.mur.com.br/download/betto.doc>
91. Fleuri RM. A questão do conhecimento na educação popular: uma avaliação do Seminário Permanente de Educação Popular e Suas Implicações epistemológicas. Ijuí: Ed. Unijuí; 2002.
92. FORPROEX. Plano nacional de extensão universitária. Edição atualizada. [internet] 2001 [acesso em 12 jun 2008] Disponível em: <http://proex.epm.br/projetossociais/renex/colecao.htm>
93. Demo P. A educação pelo avesso: assistência como direito e como problema. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
94. Maturana, H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG; 1998.

APÊNDICE A - Termo de concordância para a utilização do banco de dados

Rio Grande, 31 de Maio de 2010.

Venho por meio desta carta de concordância, na qualidade de ex-coordenadora e atual responsável pelo banco de dados do projeto VEPOP – EXTREMO SUL: VER-SUS/EXTENSÃO: Vivências em Educação Popular no Extremo Sul do Brasil, autorizar a utilização deste banco de dados na pesquisa de mestrado intitulada “Educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária”. Fui informada que o estudo tem como objetivo geral “analisar o modo como a educação popular, no cenário da extensão universitária, pode contribuir com o fortalecimento da integralidade na formação em enfermagem”. Sou conhecedora de que o trabalho será desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela Profa Dra Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira (orientadora e responsável pela pesquisa) e pelo Mdo Isaquiel Macedo da Rosa (orientando).

Estou ciente de que se trata de uma pesquisa documental, de abordagem qualitativa, e que os diários de campo das estudantes de enfermagem, depois de autorizado pelas mesmas, serão utilizados para fins de pesquisa. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas de modo satisfatório. Esta Carta de concordância está sendo assinada voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a utilização do banco de dados já referido.

Profa. Dra. Maria Cristina Flores Soares
Instituto de Ciências Biológicas
Universidade Federal do Rio Grande

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Venho respeitosamente através do presente termo, solicitar sua colaboração no sentido de participar da pesquisa de mestrado intitulada “Educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária”. Este estudo tem como **objetivo geral** analisar o modo como a educação popular, no cenário da extensão universitária, pode contribuir com o fortalecimento da integralidade na formação em enfermagem. As **questões de pesquisa** são: Que conhecimentos (conjunto de saberes e práticas) relacionados com os sentidos da integralidade foram vivenciados no cenário em estudo? Que situações e sujeitos possibilitaram essas vivências? Que processos e construções epistemológicas e políticas orientadas pela educação popular podem ter contribuído para a formação em enfermagem?

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada/o, de forma clara e detalhada, dos objetivos e metodologia da pesquisa “Educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária”. Declaro ainda que fui igualmente informada/o:

- ❑ Que a coleta de dados será realizada por meio de pesquisa documental;
- ❑ Que meus documentos produzidos (diários e texto sobre transformação pessoal) durante o projeto VEPOP – EXTREMO SUL: VER-SUS/EXTENSÃO: Vivências em Educação Popular no Extremo Sul do Brasil serão analisados para fins de pesquisa;
- ❑ Sobre a garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida referente à pesquisa, a qualquer momento;
- ❑ Sobre a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa, sem que me traga qualquer prejuízo;
- ❑ Sobre a garantia de que não serei identificada/o e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- ❑ Sobre o compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho;
- ❑ De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho;
- ❑ Sobre a possibilidade de contatar as responsáveis pela pesquisa:
 - Dr^a. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira (e-mail dora@enf.ufrgs.br);
 - Mdo Isaquiel Macedo da Rosa (e-mail isaquielrosa@yahoo.com.br);
 - Telefones para contato: (51)92820810 ou (51)32397406;

Assim sendo, autorizo minha participação neste trabalho.

Local e data

Nome da/o participante

Assinatura

APÊNDICE C - Termo de compromisso para utilização de dados

Título do projeto:

Educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária

O pesquisador Isaquiel Macedo da Rosa e a pesquisadora Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira, responsáveis pelo presente projeto, se comprometem a preservar a identidade dos autores dos documentos (diários de campo e textos sobre transformação pessoal) produzidos durante o projeto de extensão universitária Vepop Extremo Sul, desenvolvido nas cidades de Rio Grande/RS e São José do Norte/RS, entre maio/2006 e julho/2007. Os autores dos documentos eram estudantes de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), instituição na qual o projeto Vepop Extremo sul foi realizado.

Os pesquisadores concordam, igualmente, que as informações contidas nos documentos serão utilizadas única e exclusivamente para pesquisa referente à dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ____ de _____ de 201__.

Isaquiel Macedo da Rosa
(Mestrando do programa de Pós-
graduação em Enfermagem da UFRGS)

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira
(Professora da Escola de Enfermagem da
UFRGS)