

O CUIDADO EM SAÚDE E A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA REFERENCIADOS NA EDUCAÇÃO POPULAR: UMA HISTÓRIA DE CONVIVÊNCIA COM A REALIDADE DO CAMPO

Health Care and university extension inspired in Popular Education: a story of coexistence with the rural reality

Luana Maria Rotulo¹, Renata Cordeiro Domingues², Evelyn Siqueira da Silva³,
Luiza Camara Mareto⁴, Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas⁵, Marina Fenício Soares Batista⁶,
Dara Andrade Felipe⁷, Ilka Veras Falcão⁸, Paulette Cavalcanti Albuquerque⁹

RESUMO

Este relato de experiência conta a história de um projeto de extensão que envolveu o encontro entre profissionais da saúde em formação (residentes em saúde) e famílias camponesas de um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, no município de Moreno/PE, de julho de 2012 a agosto de 2013. Por meio dessa vivência, referenciada na Educação Popular, foi possível experienciar a construção coletiva de outras perspectivas do cuidado, da educação e da formação em saúde, possibilitando o intercâmbio de saberes com a população do campo e os movimentos sociais, fortalecendo a autonomia, a participação social e o cuidado em saúde com base nos conhecimentos populares.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da População Rural; Participação Social; Saúde da Família.

ABSTRACT

This experience report tells the story about a university extension project that involved the gathering of health professionals in training (residents in the health area) and peasant families of the Landless Rural Workers' Movement, in the municipality of Moreno, Pernambuco, Brazil. Through this project inspired in Popular Education it was possible to experience the collective construction of other perspectives of health care, education, and training, allowing for an exchange of knowledge with the rural population and social movements, strengthening their autonomy, social participation, and health care based on popular knowledge.

KEYWORDS: Health Education; Health Promotion; Rural Health, Social Participation; Family Health.

¹ Mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) - Fiocruz/PE. E-mail: luanazeppelin@gmail.com.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Fiocruz/PE.

³ Especialista em Saúde da Família e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Fiocruz/PE.

⁴ Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Pernambuco - UPE.

⁵ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), Universidade Federal de Pernambuco-UFPE.

⁶ Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Pernambuco - UPE.

⁷ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Fiocruz/PE.

⁸ Mestre em Saúde Pública, professora adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional (Universidade Federal de Pernambuco).

⁹ Professora da Universidade Federal de Pernambuco e pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Fiocruz/PE.
Financiamento: Universidade Federal de Pernambuco.

No caminho do saber-agir-sentir

Celebração de bodas da razão com o coração

Para que a gente escreve, se não é para juntar nossos pedacinhos? Desde que entramos na escola ou na igreja, a educação nos esquarteja: nos ensina a divorciar a alma do corpo e a razão do coração. Sábio os doutores de Ética e Moral serão os pescadores das costas colombianas, que inventaram a palavra sentipensador para definir a linguagem que diz a verdade.^{1:119}

No trecho acima, Galeano,¹ assertivo e delicadamente, nos convida e nos inspira à reflexão sobre os caminhos percorridos na itinerância da construção do conhecimento. Nesse sentido, a escrita da experiência que descreveremos a seguir, antes de ser a produção de um conteúdo científico - que vislumbra fundamentar seus resultados em bases teóricas já validadas e legitimadas pela ciência e sua racionalidade - possui a intenção de (re)unir os pensamentos e os afetos que envolveram e movimentaram o encontro de profissionais da saúde em formação (residentes em saúde) e famílias camponesas do assentamento de trabalhadores rurais no município de Moreno em Pernambuco, vinculados ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Através dessa vivência, foi possível experienciar a construção conjunta de outras perspectivas do cuidar, da educação e formação em saúde, tendo como matriz a educação popular em saúde, referenciada em uma prática que estimula o diálogo, a convivência amorosa, a troca horizontal do saber, a problematização e o compromisso com um projeto democrático e popular.² Por acreditar na potência da sistematização e do registro para o fortalecimento de tais pontos de vista sobre a saúde, faremos uma narrativa, partindo das discussões sobre as racionalidades e modelos vigentes de atenção à saúde, para depois, enfim, localizar ideológica e politicamente essa experiência de trabalho em saúde do campo.

A saúde coletiva e a educação popular: uma aproximação necessária

A hegemonia da racionalidade biomédica descreve a saúde e a doença, traçando causalidades lineares que fragmentam a razão da emoção, a mente do corpo, o individual do coletivo, o biológico do social. Dicotomiza e separa em partes, esquarteja o humano e os processos da vida, sem haver preocupação ou compromisso de “reconstituí-las” para tentar compreendê-las.³

Historicamente, a saúde assumiu um papel normati-

zador de práticas do cotidiano das pessoas, carregando forte herança higienista. Ancorada nessa perspectiva, a educação em saúde surge enquanto estratégia de vigilância, elencando como objetivo central o controle das principais endemias. A invisibilização do contexto social e dos aspectos emocionais, que envolvem a complexidade do processo saúde-doença, revela a linearidade dessa compreensão e reduz o espectro da ação educativa, tornando-a superficial e pouco efetiva. Logo, observou-se o modelo biomédico orientando a concepção hegemônica da educação para a saúde como “um bem que tem de ser repassado pelo profissional e absorvido pelo paciente” de forma acrítica e vertical, reforçando a submissão e caminhando, portanto, na contramão da libertação.⁴

Entretanto, desde a década de 1970, o movimento da saúde coletiva amplia e renova suas bases conceituais e nutre-se de perspectivas que valorizam a integralidade, a complexidade, a dialogicidade e que vislumbram uma prática de saúde que fortaleça as lutas contra as iniquidades sociais.⁵ É nesse contexto e em consonância com a contra hegemonia dessa perspectiva, que se sistematiza o referencial teórico e prático da Educação Popular na área da saúde.⁶

O campo da Saúde Coletiva e o referencial da Educação Popular apontam para a construção histórica do objeto saúde-doença numa relação dialética e processual com a totalidade social. Por isso, é necessário que a saúde seja entendida dentro da estrutura social em que se encontra inserida e dialogue com o projeto de sociedade que se procura efetivar. Nesse sentido, entendemos que a política é inerente à prática em saúde. Não uma política desgastada, afastada do cotidiano das pessoas, mas a política como a perspectiva daquilo que está *entre* seres que convivem em coletivo.⁷

A educação tanto quanto o trabalho em saúde possuem como dimensão primordial *os sujeitos em relação*. Cuidar do outro, conversar, trocar pensamentos e afetos: dialogar. Nessa intenção, podemos ampliar a reflexão das relações humanas que se encontram, constantemente, inseridas no viés do aprender.⁸ Sob a luz dessa compreensão, entendemos a educação popular como perspectiva que nos auxilia na difícil tarefa de reorientar o modelo de saúde e cuidado, incorporando os princípios do diálogo, da amorosidade, da autonomia e da democratização como parte de uma saúde integral.^{2:9}

Compartilhando vivências: dos primeiros aos outros passos

A construção do projeto de extensão universitária nasceu da união de sonhos e desejos de sujeitos diferentes,

que se encontraram na vontade comum de conceber uma vivência em saúde no campo, junto aos movimentos sociais. Éramos um grupo diverso de residentes em saúde, proveniente de Programas de Residências Multiprofissionais distintos (saúde da família, saúde mental e saúde coletiva) em diferentes instituições (Universidade de Pernambuco/UPE, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE e Fiocruz/PE). Esse encontro reuniu uma gama de olhares sensíveis às variadas dimensões e perspectivas da saúde, sendo essa pluralidade potencializadora na construção de uma autêntica unicidade.¹⁰ Desde o início, nos aproximamos de representantes do Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e foi, a partir dessa parceria, que o projeto foi desenvolvido e nomeado de “Residência no Campo – Uma experiência com o MST”.¹¹

No início, pouco sabíamos o que seria desenvolvido ao longo de todo aquele ano. No entanto, tínhamos uma certeza e um compromisso: o projeto de extensão, além de complementar a nossa extensa carga horária da residência, deveria ser uma vivência de transformação das nossas práticas de cuidado em saúde, orientada pela Educação Popular. Então, o objetivo do projeto foi ousadamente proposto: compreender, analisar e refletir o processo saúde-doença dos trabalhadores de um assentamento rural ligado ao MST para atuar sob uma perspectiva de transformação social.¹¹

A proposta do nosso projeto de extensão estava respaldada pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta¹² que destaca a necessidade de desenvolvimento de pesquisas, projetos de extensão e práticas de controle social que atendam às especificidades dessas populações, referenciadas na educação popular, contemplando as equipes de saúde da família e os demais serviços do SUS.¹⁰

Para tanto, estivemos presentes no assentamento de Jaboatãozinho (Moreno/PE) de julho de 2012 a julho de 2013, desenvolvendo ações de promoção à saúde. As famílias assentadas nos alojavam e nos acolhiam com generosidade em suas casas, onde lá dormíamos, ao menos uma noite aos fins de semana, a cada quinze dias, pois, somente conhecendo o dia a dia das famílias camponesas é que poderíamos fortalecer as práticas de saúde e cuidado, a partir do vínculo e da aproximação com a realidade no assentamento. O primeiro momento do trabalho foi o cerne de todo o seu desenvolvimento: a territorialização e o Diagnóstico Rural Participativo.

Durante a territorialização, realizamos algumas oficinas para nos aproximarmos dos assentados e estreitarmos os laços de convívio e, assim, aos poucos pensar as práticas de saúde com eles, lado a lado. Brincamos de caça ao tesouro com as crianças do *arruado* e descobrimos que na-

quele lugar eles tinham um campo de futebol, uma igreja, uma escola municipal. Conhecemos a moradora mais antiga do local, a Casa Grande do antigo engenho de açúcar e até um boi de três patas - que era o ‘xodó’ das crianças. O tesouro que elas encontraram ao final da brincadeira era um baú com lápis de cor e um caderno de desenho, em que foram convidadas a desenhar e trocar entre si como era viver naquele lugar. Com elas, descobrimos que as plantações de côco e cana eram abundantes, que o trator da associação de moradores era a novidade, e que o rio e a pequena queda d’água eram a maior e mais divertida atração da região.

Para aprofundarmos o diagnóstico, além de visitas domiciliares e andanças no assentamento, optamos por uma metodologia conhecida como Diagnóstico Rural Participativo - DRP.^{13,14,15} Essa ferramenta visa apoiar iniciativas, articulações e parcerias locais voltadas para o enfrentamento de problemas socioambientais, tendo como princípio o diálogo e a mobilização social.¹⁴ O objetivo principal do DRP para o nosso projeto foi despertar a discussão sobre problemas e potencialidades da realidade em questão pelos próprios assentados, de modo a permitir o levantamento e a análise do conhecimento coletivo. Realizamos diversas estratégias do DRP em dois encontros, utilizando diferentes linguagens e recursos - como desenhos, construção conjunta de tabelas, jogos, discussão sobre os principais problemas da comunidade - criando uma reflexão conjunta acerca das possíveis soluções e pontos-chave que poderiam melhorar a qualidade de vida do assentamento.¹⁶

A partir desse amplo processo diagnóstico coletivo, observamos que as populações do campo têm hábitos diferenciados, rotinas e modos de trabalho particulares. Nesse contexto, nós enquanto trabalhadores da saúde devemos prestar o cuidado com respeito e valorização dos seus modos de vida, ofertando práticas de saúde integrais e equânimes, sensíveis ao vínculo dos seres humanos com a terra. Para a população do campo, essa relação tem íntima afinidade com os meios de produção, com as condições sociais e de trabalho, com os processos que geram e mantêm a vida.¹⁷

Esses fenômenos complexos - que extrapolam os conhecimentos específicos da área da saúde, mas que estão profundamente entrelaçados com eles - nos levaram a mais uma parceria no projeto, dessa vez com o coletivo TXAI de agroecologia da Universidade Federal Rural de Pernambuco. A contribuição do coletivo foi fundamental para a ampliação do nosso próprio conceito de saúde do campo, e continuamos ao longo de todo o projeto uma frutífera parceria de transdisciplinaridade e intersectorialidade.

Diante da complexa teia de problemas diagnóstica-

dos no assentamento - como uso intensivo de agrotóxicos, evasão dos jovens do campo, incorporação acrítica de hábitos urbanos, uso abusivo de álcool, dificuldade de acesso às políticas públicas, alta incidência de leishmaniose e esquistossomose, entre outros -, entendemos que a participação e a mobilização da comunidade eram importantes nós críticos para a efetivação do direito à saúde e à melhoria das condições de vida daquele local.¹⁶ A fim de fortalecer os laços comunitários que já há muitos anos estavam afrouxados, construímos hortas coletivas de plantas medicinais, denominadas de Farmácia Viva. No entanto, esse fortalecimento só poderia ser efetivado pelos próprios sujeitos. O nosso papel era claro: promover esse (re)encontro e ajudar em um possível (re)encantamento dos indivíduos pelas construções coletivas.

As hortas foram construídas coletivamente por todos, sendo recheadas de momentos de diálogo, de amorosidade e de criação. Foi, através de um quebra cabeça, que discutimos o ciclo da leishmaniose; foi desenhando um corpo humano e colando folhas de plantas nas regiões de cada órgão que discutimos o caráter curativo de cada planta; foi capinando junto com eles e fazendo rodas de exercícios, que pensamos como o nosso corpo tenciona e relaxa de diferentes formas durante o dia de trabalho; foi cozinhando coletivamente, com muitos legumes e frutas produzidos por eles, que pensamos em refazer nossos hábitos alimentares e fazer uma composteira com o lixo orgânico que sobrava – como alternativa ao uso de fertilizantes químicos. Foi realizando oficinas de repelentes naturais e fitoterápicos como xaropes, lambedores e xampus, que compartilhamos as formas como cada um cuida de sua saúde e ouvimos suas histórias e tradições familiares, fortalecendo os saberes locais. Além de tudo isso, ainda nos encontramos em um dia de lazer e teatro na comunidade, quando rimos conjuntamente com os ‘atrapalhos’ de dois palhaços que fizeram os olhos de crianças, adultos e idosos brilhar novamente.

Foi tudo feito com cuidado e afeto, atividades intercaladas por poemas ou danças que conectavam nossos corpos dizendo: “estamos aqui *com* vocês e não *para* vocês”. As atividades desenvolvidas deram conta do objetivo traçado, que era iniciar ou retomar oportunidades de trocas e reconhecimento deles próprios, para juntos refletirmos sobre os processos saúde-doença, e como seria possível conviver de forma mais saudável no/com o campo.

Então, diante desse relato podemos afirmar que referenciados na educação popular é possível recriar as práticas de cuidado e transformar a formação em saúde. A educação popular nos ofereceu princípios capazes de reinventar as práticas tradicionais de educação em saúde em práticas pedagógicas potencializadoras da participação

social. A partir dessa vivência, podemos dizer que a educação popular indica possíveis caminhos de valorização do diálogo de saberes na construção do conhecimento, de relações horizontais e de solidariedade, estimulando a organização popular e a criação de práticas de saúde criativas e transformadoras.

Nada começa nem termina: continua

Esta extensão possibilitou aos envolvidos um (re)começo. Flexibilizou antigas formas de pensar sobre a realidade camponesa e transformou de modo criativo nosso trabalho e formação em saúde. Mais que a compreensão teórica, a experiência nos possibilitou refletir-vivenciando o cotidiano de famílias trabalhadoras rurais em seus processos de saúde e adoecimento.

Revelou-se para nós, então, o caráter complexo do processo saúde-doença: um fenômeno diverso e singular ao mesmo tempo, coletivo e individual, biológico e social. Nessa perspectiva, todos devem se perguntar qual a melhor forma de conduzir saudavelmente a própria existência. Diante dessa pergunta, as respostas não seriam homogêneas nem tampouco dadas exclusivamente por outros e sim encontradas na dialética entre valores individuais e coletivos, construídos e fundamentados na consciência do caráter inacabado, criativo, integral, coletivo e singular da vida.

Assim, entendemos como libertadora toda prática em saúde que inspire vida e expire transformação e autonomia. Experiências como essa reforçam a importância da aproximação com movimentos sociais e organizações populares para a ampliação do olhar, do cuidado e da formação em saúde no SUS. É por meio dessas vivências que o profissional pode exercitar sua capacidade reflexiva, crítica e transformadora do seu processo de trabalho, considerando os diversos contextos (social, cultural, econômico, político, ambiental, laboral, familiar) nos quais os indivíduos e coletivos estão inseridos.

A partir dessa experiência, pudemos sentir o real significado do que é ser do campo, no seu sentido mais amplo, desde o contato com a terra; o silêncio que nos atingia de forma única, nos fazendo entrar em contato com nós mesmos; as rotinas sem as turbulências dos grandes centros; assim como as dificuldades para exercer a cidadania, para sentir a real efetivação das políticas públicas e o nível de segregação social a que determinados grupos estão submetidos.

Vivenciar outra forma de pensar o processo saúde-doença junto com as famílias do assentamento e compreender o cuidado com a saúde em sua amplitude de vida possibilitou ao grupo continuar concebendo espaços de

construção para a formação profissional em saúde, formando, em 2013, o Coletivo de Saúde do Campo. O projeto também contribuiu para a criação, em 2015, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na saúde da população do campo, pela UPE, que propõe a formação em serviço de profissionais comprometidos com a transformação social e de suas práticas de saúde.

Portanto, essa é uma experiência que continua a re-verberar e maturar frutos nutritivos para a alimentação da luta constante pela construção de um projeto de saúde e sociedade democrático e popular. Este é apenas um breve relato de como lançamos nossas primeiras sementes neste solo fértil das lutas camponesas, pois a sementeira continua, assim como o cuidado com o crescimento desse movimento de união entre saúde e reforma agrária, sempre ansiando a colheita de novos frutos para todos.

REFERÊNCIAS

1. Galeano E. O livro dos abraços. 2ª ed. Porto Alegre: L&PM; 2014. 271p.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Foucault M. O nascimento da clínica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. 252p.
4. Albuquerque PC. A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da Integralidade [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2003.
5. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000 [citado 2015 ago. 28]; 5(2):219-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext>.
6. Vasconcelos EM. A riqueza multifacetada da vida dos pobres e a pobreza unidimensional da medicina dos ricos. In: Vasconcelos, EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 28-34.
7. Arendt H. O que é política?. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002. 240p.
8. Pulga VL. A educação popular em saúde como referencial para as nossas práticas em saúde. In: Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Educação Popular. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p.123-46.
9. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
10. Dantas ACMTV, Falcão IV. Formação integral nas residências multiprofissionais em saúde: uma experiência junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Ver Educ Popular. 2014 jul./dez.; 13(2):10-24.
11. Universidade de Pernambuco. Projeto de extensão: a residência no campo – uma experiência com o MST. Recife: Coordenação de Saúde da Família, Faculdade de Ciências Médicas da UPE; 2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Verdejo, ME. Diagnóstico rural participativo: guia prático. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário (Brasil), Secretaria da Agricultura Familiar; 2006.
14. Faria AAC, Neto PSF. Ferramentas do diálogo - qualificando o uso das técnicas do DRP: diagnóstico rural participativo. Brasília: MMA, IEB; 2006.
15. Kummer L, Diz VLCA, Soares RMF. Metodologia participativa no meio rural: uma visão interdisciplinar. Conceitos, ferramentas e vivências. Salvador: GTZ; 2007.
16. Universidade de Pernambuco. Relatório final do projeto de extensão: a residência no campo – uma experiência com o MST. Recife: Coordenação Geral de Extensão e Cultura, UPE; 2013.
17. Batista MFS, Albuquerque PC. A produção em saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco – Brasil. Tempus, Actas de Saúde Colet 2014; 8(2):173-94.

Submissão: agosto de 2015

Aprovação: outubro de 2015
