

Psicologia em pesquisa

Revista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF



Volume 11 | Número 2
Julho - Dezembro de 2017



revista
Psicologia
em Pesquisa



TRAÇO LEAL

Psicologia em Pesquisa

ISSN 1982-1247

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF | Brasil

Volume 11 Número 2

Julho - Dezembro de 2017

Missão

Psicologia em Pesquisa é um periódico eletrônico semestral (junho e dezembro) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e tem como público alvo pesquisadores, docentes e profissionais de psicologia e demais áreas correlatas.

Seu objetivo principal é promover a produção e a divulgação do conhecimento científico no campo da Psicologia e de suas áreas afins. Para tanto, prioriza a publicação de artigos originais que relatam os resultados de pesquisas empíricas ou teóricas. Também são publicadas outras comunicações científicas originais como, por exemplo, revisão de literatura, ensaio teórico, resenha, entrevista, relato de experiência, que tenham relevância para a Psicologia e suas áreas correlatas. Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol.

Com a meta de assegurar uma avaliação imparcial e promover um intercâmbio entre os autores e seus pares, todos os manuscritos submetidos à Psicologia em Pesquisa são avaliados segundo um processo de revisão às cegas por pares, seguindo orientações do Committee on Publication Ethics (COPE) em todos os aspectos éticos e, em especial, em relação a casos de má conduta e plágio em publicações acadêmicas.

Editor-Chefe

Telmo Mota Ronzani – UFJF

Editores Associados

Fernando Antônio Basile Colugnati – UNICAMP

Francis Ricardo dos Reis Justi – UFJF

Francisco Teixeira Portugal – UFRJ

Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho – UFAL

Saulo de Freitas Araujo – UFJF

Comissão de Política Editorial

Saulo de Freitas Araujo – UFJF

Altemir José Gonçalves Barbosa – UFJF

Juliana Perucchi – UFJF

Lélio Moura Lourenço – UFJF

Marisa Consenza Rodrigues – UFJF

Assistentes do Editor

Maira Leon Ferreira – UFJF

Eduardo Cormanich – UFJF

Equipe Técnica

Mayra Bibiano Caixeiro – UFJF

Fernanda Nunes Dutra – UFJF

Produção Editorial

Traço Leal Comunicação

Conselho Editorial

Acácia Angeli Aparecida dos Santos – USF

José Antonio Damasio Abib – Ufscar

Leandro Almeida – Universidade do Minho (Portugal)

Marcos Emanuel Pereira – UFBA

Marcus Bentes de Carvalho – UFPA

Maria do Carmo Guedes – PUC-SP

Monica Sanches Yassuda – USP

Richard Saitz – Boston University (EUA)

Richard Thensen Simanke – UFJF

Sandra Regina K. Guimaraes – UFPA

Sonia Maria Gondim – UFBA

Thomas Sturm – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)

Willian Barbosa Gomes – UFRS

Zilda Aparecida Pereira Del Prette – Ufscar

Miguel M. O. Gonçalves – Universidade do Minho (Portugal)

Joana R. Silva – Universidade do Porto (Portugal)

Adrian Daños – Universidad Nacional de Tucumán (Argentina)

Gerson Yukio Tomanari – USP

Gerardo Pietro – Universidad de Salamanca (Espanha)

Fernando Vidal – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)

Marcelo Rossal – Universidad de la República (UDELAR), Uruguai

Dra Denise De Micheli, Professora Adjunta da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas – Departamento de Psicobiologia- Universidade Federal de São Paulo

Enrique Saforcada

Makilim Nunes Baptista

Profa. Dra. Marcia Mota

Prof. Dr. Rodrigo Teixeira Lopes

Sra Verônica Moraes Ximenes – Universidade Federal do Ceará, Brasil

Adelina Guisende – Universidad de Santiago de Compostela (Espanha)

Alexander Moreira-Almeida

Ana Maria Jacó Vilela

Ann Dowker

Antônio Castanheira Neves

Carla Witter – Universidade São Judas Tadeu

Claudio Garcia Capitão – Universidade São Francisco

Eduardo José Manzini

Erikson Furtado – USP

Andrés Felipe Tirado – Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia)

Psicologia em Pesquisa

ISSN 1982-1247

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF | Brasil

Volume 11 Número 2

Julho - Dezembro 2017

Sumário

Editorial

- 1 **Metodologias Participativas em Saúde Comunitária**
Jáder Leite, Fernando Santana de Paiva, Telmo Mota Ronzani

Artigos / Articles

- 4 **Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária e suas contribuições às metodologias participativas**
Verônica Moraes Ximenes, Eveline Chagas Lemos, Alessandra Maria Sousa Silva, Márcia Kelma de Alencar Abreu, Carlos Eduardo Esmeraldo Filho, Lilian Mendonça Gomes
- 14 **Saúde Comunitária e Metodologias Participativas na formação e atuação com a temática do uso de drogas: Relato de experiência**
Pedro Henrique Antunes da Costa
- 22 **A metodologia da abordagem social de rua na perspectiva de usuários adolescentes**
Lirene Finkler, Débora Dalbosco Dell'Aglio, Maria Ângela Mattar Yunes
- 33 **Consultório na Rua: percepção de profissionais e de usuários sobre redução de danos**
Helizett Santos de Lima, Eliane Maria Fleury Seidl
- 42 **Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais**
Monique Cristina Henares Batista, Gustavo Zambenedetti
- 51 **Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível**
Raquel de Andrade Souza Ew, Jaqueline Conz, Aline Daniela Gonçalves de Oliveira Farias, Paula Biazetto Machado Sombrio, Katia Bones Rocha
- 61 **Práticas Comunitárias Participativas e Rearranjos de Trabalho: Acolhimento Coletivo do Idoso**
Lara Monteiro Schuck, Marta Marcantonio, Laura Garcia de Freitas
- 70 **Promoção da Saúde em moradia estudantil: Desafios para o fortalecimento da coletividade**
Luciana Oliveira de Jesus, Daniela Ribeiro Schneider, Luiza Harger Barbosa, Francine Simon, Daniele Souza Steglich
- 79 **Entre o urbano e o rural: afetações nos encontros de uma pesquisa em saúde**
Gislene Aparecida Lacerda, Luciana Kind
- 89 **Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular**
Maria Valquiria Nogueira do Nascimento, Isabel Fernandes de Oliveira

Resenha / Review

- 98 **Estudos sobre as implicações psicossociais da pobreza: possibilidades à descolonização dos saberes**
Kissila Teixeira Mendes

Editorial

Metodologias Participativas em Saúde Comunitária

Ao discutir a crise do modelo científico clássico que nomeia de paradigma dominante, Boaventura de Souza Santos (2009) destaca a emergência de um modo de produção de conhecimento científico vinculado às transformações sociais, políticas e culturais de uma época, assinalando que esse saber deva ser capaz de atender as demandas postas pelo conjunto da sociedade. É o que nomeia de “um conhecimento prudente para uma vida decente” (p. 60).

Nesses termos, faz-se necessário avançar nas formas de compreensão dos processos sociais, dos dilemas vividos pelos grupos humanos em seus mais variados contextos. Na busca histórica de atender essas demandas, o conhecimento científico se especializou, promoveu campos particulares de atuação, criando áreas de expertise, mas não sem se vincular a redes de poder econômico e atender a interesses políticos.

Certamente, um campo que tem vivido intensos desafios, mas também se configura dotado de reais possibilidades de imprimir outras maneiras de se pesquisar e intervir, é justamente o campo das metodologias participativas, seja pela busca de superação dos modos verticais e rígidos de produção de conhecimento, seja pela tentativa de intervenção junto aos grupos humanos.

A incorporação de estratégias de natureza participativa na construção de conhecimento emerge, em grande medida, na busca de superar a suposta neutralidade científica e de descentralizar o pesquisador do imaginado lugar de gerador por excelência desse saber. Assim, a convocação de atores sociais para a produção e reflexão conjunta em torno do saber gerado pelo encontro pesquisador-participante passou a ser de fundamental importância para algumas áreas e campos de conhecimento, como tem sido o caso da Saúde Comunitária.

Embora a Saúde Comunitária, como assinalam Sarriera, Saforcada e Inzunza (2015), seja dotada de uma variedade de significados, uma vez que se refere tanto a contextos de trabalho, quanto a um posicionamento dos modos de atuação profissional no âmbito da saúde, talvez um ponto em comum seja a consideração do protagonismo das comunidades na elaboração de estratégias de enfrentamento de seus dilemas, dos processos de saúde e doença por elas vividos, bem como do reconhecimento de suas potencialidades para a conquista de um bem-estar. Obviamente que esse movimento a ser construído implica em inúmeros desafios,

dentre eles o reconhecimento da saúde como um bem coletivo e um importante direito a ser garantido, pois como destaca López (2015):

Na esfera ideológica, impõe-se a percepção da saúde como um elemento da responsabilidade individual por excelência, em que a capacidade de acessar recursos para cuidados altamente sofisticados e tecnicamente avançados, em um ambiente de mercado competitivo, faz a diferença entre os que podem e não podem (p. 08).

É na contramão desse processo de mercantilização das formas de cuidado, que a Saúde Comunitária pode se converter numa possibilidade de resgatar e produzir em variados contextos o protagonismo de pessoas e coletivos na busca pelo bem-estar e, ao utilizar-se de estratégias participativas, esse apelo pode ganhar ainda mais potência.

Foi com vistas a ressaltar a importância do esforço de participação, seja na elaboração de conhecimento científico, seja nas possibilidades de intervenção dos profissionais de saúde, que o presente número apresenta o Dossiê Metodologias Participativas em Saúde Comunitária, onde apresenta algumas pesquisas e relatos de experiência que articulam em seu conjunto, estratégias metodológicas participativas desenvolvidas junto a variados temas e atores sociais.

Tal esforço é um empreendimento do Grupo de Trabalho Saúde Comunitária, vinculado à Associação Nacional de Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP), criado no ano de 2009 e que vem desenvolvendo uma série de pesquisas e reflexões, boa parte em estreito diálogo com a Psicologia Comunitária, que apontam a necessidade do fortalecimento de metodologias participativas como agenda de trabalho.

O primeiro artigo deste número temático, intitulado “Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária: suas contribuições às metodologias participativas” visa apresentar possíveis relações entre estes campos, sinalizando alternativas metodológicas comprometidas com a participação e a libertação de grupos sociais. O manuscrito discute, portanto, as potencialidades da caminhada comunitária, da visita domiciliar e do círculo de cultura como práticas coerentes com tais princípios, favorecendo processos de saúde e autonomia.

O relato de experiência “Saúde Comunitária e Metodologias Participativas na formação e atuação com a temática do uso de drogas” apresenta-nos e faz conhecer um trabalho de formação realizado junto a profissionais de saúde, educação e assistência social relativo ao tema do uso de drogas. Para tanto, o autor tomou o paradigma da Saúde Comunitária como perspectiva de discussão, bem como desenvolveu sua ação por meio de metodologias participativas junto aos profissionais.

O artigo “A metodologia da abordagem social de rua na perspectiva de usuários adolescentes” avalia a intervenção realizada pelo *Serviço Ação rua* em uma cidade localizada na região sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que aborda como a intervenção é compreendida como um microsistema relevante, baseando-se no oferecimento de apoio social em todas as suas modalidades. Ademais, o apoio emocional informal destacou-se pelo vínculo e proximidade dos usuários com os trabalhadores. Tais achados são apresentados como maneira de orientar as ações e políticas realizadas nesta área.

A seguir, temos o relato de uma pesquisa realizada com profissionais do Consultório na Rua e usuários, que é intitulada como “Consultório na Rua: percepção de profissionais e de usuários sobre redução de danos”. Tal manuscrito apresenta resultados que apontam para as contribuições do trabalho desenvolvido a partir da perspectiva da redução de danos, com vistas a qualificar futuras ações e políticas na área de drogas.

Posteriormente, apresentamos o artigo “Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais”, onde os autores discutem e apresentam a abordagem de pesquisa/intervenção para a compreensão e sensibilização de profissionais de saúde para o cuidado de mulheres lésbicas e bissexuais.

O artigo que dá seqüência a este número temático “Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível” objetivou implementar oficinas sobre sexualidade em escolas na cidade Porto Alegre, fundamentadas na metodologia participativa. Participaram 349 jovens que puderam discutir sobre uma variedade de questões como: gênero, sexualidade, gravidez, orientação sexual, prazer dentre outras temáticas. O artigo conclui apontando a necessidade de mais experiências desta natureza no âmbito educativo, perspectivando a conformação de espaços dialógicos e participativos.

“Práticas comunitárias participativas e rearranjos de trabalho: acolhimento coletivo do idoso” dá nome ao manuscrito que apresenta uma experiência realizada

no âmbito da atenção primária à saúde (APS) em Porto Alegre. A partir do acolhimento como tecnologia leve de trabalho, as autoras descrevem pormenorizadamente os caminhos trilhados para a construção de uma experiência de intervenção com um grupo de idosos, que foi permeada por histórias, conversas e afetos. Potencialidades e dificuldades observadas ao longo do trabalho são discutidas com o intuito de aprimoramento da intervenção.

Em seguida, deparamo-nos com o manuscrito “Promoção da Saúde em moradia estudantil: desafios para o fortalecimento da coletividade”. Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma pesquisa intervenção que integra um projeto de extensão universitária com o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde. O relato se foca na busca por conhecer mais acuradamente a realidade e demandas dos jovens moradores, seguida de ações que visaram o fortalecimento da coletividade entre o grupo.

“Entre o urbano e o rural: afetações nos encontros de uma pesquisa em saúde” dá título ao trabalho que narra densa e poeticamente o encontro, muitas vezes inusitado, entre pesquisadora, profissionais da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um contexto rural de Minas Gerais. O relato em tela contribui para refletirmos sobre os estranhamentos costumeiros que vivenciam as/os pesquisadores implicados com a realidade social dos sujeitos da investigação estão inscritos. Em especial, explora a ruralidade como espaço de significados e memórias, no qual grande parte dos profissionais e pesquisadores é uma espécie de estrangeiro, visto como “de fora”. Tal aspecto pode lançar pistas para o desenvolvimento de um trabalho com maior potencial participativo e colaborativo.

O artigo “Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular” objetivou analisar a inserção de práticas integrativas e complementares grupais (PIC`s) como estratégia de cuidado e atenção integral à saúde na APS na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte. Atuando com trabalhadoras e trabalhadores do SUS, o manuscrito estabelece um diálogo entre os PIC`s e a educação popular, que foi considerada como uma perspectiva participativa e criativa. Trata-se de uma contribuição para refletirmos sobre as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde comunitária, em uma direção realmente dialogada e emancipatória.

O dossiê finaliza com a Resenha elaborada por Kissila Teixeira Mendes da obra “Implicações Psicossociais da Pobreza: Diversidades e Resistências, organizada por Veronica Morais Ximenes, Barbara

Barbosa Nepomuceno, Elívia Camurça Cidade e James Ferreira Moura Junior, autores vinculados ao Núcleo de Psicologia comunitária da Universidade Federal do Ceará. O livro apresenta uma multiplicidade de reflexões e investigações teóricas e empíricas sobre o fenômeno da pobreza em suas possibilidades de articulação com o campo da Psicologia.

Editores Convidados:

Jáder Leite
Fernando Santana de Paiva

Editor-Chefe:

Telmo Mota Ronzani

REFERÊNCIAS

- López, J. (2015). Prólogo. In J. C. Sarriera, E. T. Saforcada, & J. A. Inzunza (Orgs.), *Perspectiva psicossocial na saúde comunitária: a comunidade como protagonista* (pp. 7-10). Porto Alegre: Sulina.
- Santos, B. S. (2006). *Um discurso sobre a ciência*. São Paulo: Cortez.
- Sarriera, J. C., Saforcada, E. T., & Inzunza, J. A. (2015). Introdução. In
- J. C. Sarriera, E. T. Saforcada, & J. A. Inzunza (Orgs.), *Perspectiva psicossocial na saúde comunitária: a comunidade como protagonista* (pp. 11-18). Porto Alegre: Sulina.

Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária: suas contribuições às metodologias participativas

Community Health and Community Psychology: their contributions to participatory methodologies

Verônica Morais Ximenes^I

Eveline Chagas Lemos^{II}

Alexsandra Maria Sousa Silva^I

Márcia Kelma de Alencar Abreu^{III}

Carlos Eduardo Esmeraldo Filho^I

Lilian Mendonça Gomes^I

Resumo

O objetivo é discutir as relações entre Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária na perspectiva dos processos de participação e de libertação que contribuem na construção de metodologias participativas. Essas áreas compartilham valores e práticas que possuem como princípios a libertação e a participação, que contribuem na construção de espaços que rompem com os processos de opressão. A comunidade é o principal ator e o foco está mais nos processos de saúde que nos processos de doença. As metodologias participativas presentes na caminhada comunitária, na visita domiciliar e no círculo de cultura propiciam uma prática condizente com esses princípios. O envolvimento dos profissionais de saúde e dos moradores das comunidades favorece processos de saúde e de autonomia.

Palavras chave: saúde comunitária; psicologia comunitária; participação; libertação; metodologia.

Abstract

The purpose of this article is to discuss the relationships between Community Health and Community Psychology into perspective of participation and the liberation processes and their contribution in the construction of participative methodologies. Both areas share values and practices that have liberation and participation as principles that contribute in the construction of spaces that break with the processes of oppression. The community is the main actor and the focus is more on health processes than on disease processes. The participative methodologies as the community walk, the home visit and in the circle of culture provide a practice consistent with these principles. The involvement of health professionals and residents of communities favors health and autonomy processes.

Keywords: Community health; Community psychology; participation; liberation; methodology.

^IUniversidade Federal do Ceará.

^{II}Universidade de Barcelona.

^{III}Universidade Regional do Cariri.

A ideia de uma Saúde Comunitária aparece de maneira imprecisa e polissêmica nos discursos e práticas de saúde, tanto no Brasil como em outros países da América Latina, tornando-se necessária uma clarificação desse conceito. Alguns estudos adotam o termo saúde comunitária sem contextualizá-lo, ficando subtendido que se trata de um serviço ou uma prática de profissionais de saúde realizada em comunidades.

As concepções de profissionais que se identificam como atuantes na saúde comunitária também são polissêmicas. Juárez (2015), a partir de uma pesquisa realizada na Argentina junto a médicos pediatras da Atenção Primária, mostra que, apesar dos avanços na compreensão da proposta libertadora da Saúde Comunitária, muitos dos participantes consideram que o papel do médico nessa perspectiva abrange a consulta individual, o diagnóstico e o acompanhamento da evolução dos pacientes. Além disso, consideram que o poder de decisão sobre a

gestão da saúde está nas mãos de profissionais e do poder público, desconsiderando o protagonismo das comunidades. Trata-se, portanto, de um modelo de atenção que, embora realizada na comunidade, continua centrada na doença e no nível biológico da saúde.

A teoria e a prática da Psicologia Comunitária contribuem para a construção da Saúde Comunitária (Góis, 2008), que tem a comunidade como o principal ator. Nesse sentido, Saforcada (2008) destaca que a Saúde Comunitária diferencia-se dos outros modelos por ter surgido a partir das comunidades, mais especificamente das populações excluídas e marginalizadas e tem emergido no âmbito profissional e acadêmico principalmente mediante trabalhos de psicólogos nas comunidades em situação de pobreza. Góis (2008) apresenta uma concepção de saúde que favorece processos que focam mais na saúde, na prevenção e na promoção e menos na enfermidade, composto por atividades

desenvolvidas na e com a comunidade. Para que essas visões aconteçam é fundamental a participação dos moradores das comunidades e a busca por processos de libertação. Dessa maneira, esse artigo tem como objetivo discutir as relações entre Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária na perspectiva dos processos de participação e de libertação que contribuem na construção de metodologias participativas. Portanto, compreender a Saúde Comunitária como um paradigma ou como um modelo significa considerá-la como política, cultural e participativa (Juarez, 2015).

Psicologia Comunitária e Saúde Comunitária: Diálogos Possíveis

Góis (2005) destaca a importância dos movimentos sociais, em especial o movimento da Saúde Mental Comunitária para a constituição da Psicologia Comunitária. Esse movimento criticou a forma tradicional de tratamento de pessoas com transtornos mentais, recusando a perspectiva segregacionista e institucionalizadora do hospital psiquiátrico e acusando a insuficiência e pouca efetividade da psicoterapia para dar conta do tratamento desses pacientes. Além disso, buscou-se substituir o modelo médico centrado na doença por um modelo psicossocial que considera as origens sociais dos problemas de saúde mental.

É pertinente destacar a crítica feita por Saforcada e Alves (2015) a esse modo de atuar em saúde, por se tratar de uma perspectiva dualista, cuja função de cuidar da mente é do psicólogo e do psiquiatra, enquanto o cuidado com o corpo cabe a outras especialidades médicas. Além disso, nessa perspectiva, há a separação de serviços de saúde, havendo, por exemplo, equipamentos específicos de saúde mental, cuja oferta restringe-se ao atendimento a pessoas com diagnóstico de transtorno mental, ao invés de oferecer um serviço abrangente.

Para Ximenes e Góis (2010), o objeto de estudo da Psicologia Comunitária é o reflexo psíquico do modo de vida comunitário. O objetivo da Psicologia Comunitária é o aprofundamento de consciência e o fortalecimento de uma identidade de sujeito da comunidade como responsável e ativo na transformação positiva da realidade. A Psicologia Comunitária tem como horizonte a libertação, partindo de uma práxis transformadora das condições de vida das populações que vivem processos de opressão, dominação, exploração e também de pobreza, tendo em vista que não se pode pensar a saúde sem considerar essas condições (Góis, 2008). Essas relações de opressão no contexto latino-americano estão presentes no modo de produção

capitalista vigente, centrado na expropriação para garantir a mais-valia, constituindo-se como resultado da contradição capital – trabalho e da distribuição injusta de bens entre as classes (Yazbek, 2012) e dos processos de colonização e dependência.

Trata-se, portanto, de uma Psicologia que busca a mudança comunitária e social, cujo psicólogo coloca-se como um facilitador de processos sociais e humanos. Nessa perspectiva, deve-se partir das condições da comunidade e dos seus potenciais, buscando-se identificar os processos psicossociais que bloqueiam ou facilitam o desenvolvimento dos seus moradores. Tem como objetivo promover o fortalecimento e desenvolvimento comunitário (Góis, 2005). O psicólogo comunitário não deve se colocar como promotor da transformação social, sua intervenção busca potencializar ações concretas na realidade comunitária a ser transformada. Para tanto, faz-se necessário potencializar os recursos comunitários, integrando suas práticas aos movimentos sociais; à organização, luta e reivindicação comunitária; as associações comunitárias; aos sindicatos; aos demais movimentos e grupos de organização e luta política, ou seja, o psicólogo deve atuar menos em instâncias de controle, desenvolvendo práticas com grupos populares (Martin-Baró, 2011).

Nessa perspectiva, a Saúde Comunitária corresponde tanto a um conjunto de atividades como a uma concepção de saúde, à medida em que se propõe à criar espaços de diálogo, vivência e atividade, a fim de, partindo-se das potencialidades que toda comunidade possui, fortalecer grupos e redes comunitárias de apoio, cuidado e proteção, com foco na promoção e prevenção. Nessa mesma direção, Catalayud (2015) defende a Saúde Comunitária como um processo que inclui a produção, o fortalecimento, a recuperação e gestão da saúde, compreendida em sua multidimensionalidade e em seus determinantes sociais. A gestão da saúde corresponde aos processos participativos que objetivam a proteção e promoção da saúde. De tal modo, o foco é a participação ativa da comunidade, ou, no dizer de Góis (2005), a construção do sujeito comunitário, como via para o desenvolvimento comunitário.

Desse modo, a ênfase recai, de maneira geral, nas potencialidades e capacidades da comunidade, e no que se refere especificamente ao cuidado da saúde, articulando-se indivíduo, família e comunidade. Compreende-se ainda, saúde como um conceito positivo, de modo que se busca, a partir da Saúde Comunitária, a Gestão da Saúde Positiva (Saforcada, 2012; Catalayud, 2015), ou seja, mobilizar recursos voltados não para a enfermidade, mas para a proteção e promoção da saúde (Saforcada, 2012).

Saforcada e Alves (2015) salienta, ainda, que a Saúde Comunitária segue o Paradigma Social Expansivo, em oposição ao Paradigma Individual Restritivo. Esse toma como eixo central a doença, partindo, portanto, de um enfoque patocêntrico e tomando a prevenção da doença como principal estratégia de cuidado. Já o paradigma social expansivo tem como eixo a saúde positiva (Saforcada & Alves, 2015). Nesse paradigma, não faz sentido a superioridade do conhecimento das ciências da saúde, valorizando-se os saberes comunitários, muitos dos quais trazem uma concepção holística de saúde, não separando corpo e mente.

O enfoque da Saúde Comunitária difere do modelo tradicional da Saúde Pública e da Saúde coletiva, por trazer a facilitação dos processos comunitários como principal dispositivo, ao tomar a comunidade como local de atuação, pois busca deslocar a atenção das instituições de saúde para a comunidade, compartilhar a responsabilidade com os moradores, priorizar as práticas educativas e de prevenção em saúde, considerando a origem social das enfermidades. Nesse sentido, Góis (2008) enfatiza que esta perspectiva considera o indivíduo como sujeito atuante e capaz de desenvolver potenciais de cuidado com si mesmo, com os outros e com a natureza.

Decorrente deste pressuposto, os profissionais de saúde devem reorganizar os serviços de saúde de forma a criar mecanismos e ações geradores de autonomia, conscientização e transformação social. Esta reorganização deve ocorrer a partir do conhecimento do meio socioambiental em que atua e do conhecimento do modo de vida e dos potenciais de saúde dos moradores. Ao considerar a configuração do meio socioambiental como fundamental na organização dos serviços de saúde, cabe refletir sobre a condição de pobreza em que vivem a maior parte dos usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto brasileiro, vários esforços e movimentos foram colocados em prática como forma de fortalecer a ideia de saúde positiva e superar o modelo biomédico de saúde. Destacou-se o movimento de reforma sanitária, que, constituído a partir da articulação entre universidades, serviços e movimentos populares, levou à criação do SUS. Como resultado desse processo, desenvolveu-se o campo da saúde coletiva, que tem buscado articular as práticas de saúde a concepções que considerem os determinantes socioculturais e econômicos do processo saúde-doença-cuidado, tendo em vista a justiça social, democracia e a emancipação política dos sujeitos (Ayres, 2016). Isso se dá através da participação da comunidade, concepção essa que vai

além da ideia de participação social defendida no campo da Saúde Coletiva, pois valoriza o papel dos usuários dos serviços de saúde nas decisões sobre a gestão e planejamento das políticas públicas, no entanto a decisão final continua nos gestores e profissionais de saúde.

Essa questão da participação ativa da população é um grande desafio. No Brasil, a previsão legal de instrumentos de controle social das políticas de saúde pela população, principalmente mediante as conferências e os conselhos de saúde, não tem surtido o efeito esperado. Conforme análise de Campos (2016), as Conferências Nacionais de Saúde tem sido repetitivas, com críticas à mercantilização da saúde, à fragmentação do sistema, aos baixos investimentos, as quais, no entanto, não tem como resultado a mudança efetiva nas decisões do poder público. O enfraquecimento desses instrumentos de controle social também se deve à falta de capilaridade das ideias discutidas no âmbito mais abrangente da sociedade. Falta uma maior articulação e conexão com a sociedade civil, em especial os movimentos sociais (Campos, 2016).

Nesse sentido, cabe considerar o potencial coletivo de resistência das comunidades, num trabalho que busca não somente exercer um controle indireto das políticas sociais, mas assumir o papel de decidir ativamente sobre o planejamento, a gestão, o cuidado e a promoção da saúde.

A Psicologia Comunitária e a Saúde Comunitária compartilham valores e práticas que possuem como princípios balisadores a libertação e a participação, que estão na construção de espaços que rompam com os processos de opressão e favoreçam práticas participativas.

Libertação e Participação – Elementos Imprescindíveis no Contexto da Opressão

O conceito de libertação surge a partir de contestações da realidade social, política e econômica de países da América Latina e também através de práticas concretas no sentido de promover mudanças no contexto de vida cotidiana das populações pobres e excluídas, sujeitas a opressões políticas e simbólicas de grupos e países dominantes.

Guareschi (2009) explicita que, no nascimento deste conceito, a América Latina se encontrava em um cenário mundial de guerra fria, fim da Segunda Guerra Mundial e avanço de perspectivas de independência e autonomia dos países, dentre eles da América Central e do Sul, que estavam sob forte influência dos Estados Unidos da América (EUA). Por ocasião da Revolução Cubana e difusão de sua ideologia, observava-se que

alguns países da América Latina vinham em um processo de iniciar mudanças em seus contextos políticos e sociais, voltando-se para superação das estratégias de dominação-opressão vivenciadas por parte significativa da população em situação de pobreza. As divergências quanto à autonomia destes países e por consequência da população vinham tanto externamente, principalmente dos EUA, quanto internamente, resultando em um estado de ditadura militar, tal como o Golpe de 1964 no Brasil.

Neste clima político de dominação pelo aparelhamento militar, as reflexões e ações da Igreja Católica, por meio do Concílio Vaticano II (1961-1965), e da sociedade civil na América Latina, com o anseio veemente por mudanças na estrutura e dinâmica das relações da sociedade, suscitaram o surgimento do conceito de Libertação, dando novo entusiasmo e empenho nas diversas práticas de transformação das realidades vivenciadas pelas populações (Guareschi, 2009).

Na América Latina, a libertação, diferentemente do conceito de liberdade, volta-se para os processos de superação e enfrentamento de forma coletiva das situações de opressão vivenciadas pela grande maioria desses países. Ximenes e Góis (2010, p.59) ressaltam que, nesta região o religioso, o pedagógico, o filosófico e o psicológico se fundem e nascem de novo na realidade social de seu povo oprimido, que busca a libertação mediante uma práxis libertadora, ato este que é de conquista, de superação, de conscientização.

É neste panorama histórico e político de mudanças e a partir dos pressupostos epistemológicos que norteiam o conceito e paradigma de Libertação, que possibilitaram o desenvolvimento dos campos: Teologia da Libertação (Guareschi, 2009), Filosofia da Libertação (Dussel, 1986), Pedagogia da Libertação (Freire, 1979) e Psicologia da Libertação (Martín-Baró, 2011).

Guareschi (2009) traz importantes reflexões sobre o conceito de libertação a partir de três pressupostos epistemológicos nele implícitos, quais sejam: o conceito de relação como superação da dicotomia entre o individual e o social, em que implica a dimensão relacional, crítica e dialética; a superação da dicotomia entre teoria e prática, que aponta para uma indivisibilidade entre o dizer e o fazer, e a imprescindibilidade da dimensão ética que questiona sobre quais são os processos que precisam ser libertados e as influências necessárias dos valores imbricados nesses processos.

Martín-Baró (2011) acrescenta que a Psicologia da Libertação deve desenvolver uma práxis que permita aos sujeitos tornarem-se protagonistas de sua história e construir ações transformadoras para uma sociedade

latino-americana mais justa e mais humana. Para tanto, constitui-se um desafio para a Psicologia Latino-americana explicar a relação que existe entre a desalienação individual e a desalienação social. Somente a partir da perspectiva das maiorias oprimidas é possível vislumbrar a potencialidade libertadora das técnicas psicológicas.

Para Pizzinato (2010), esta perspectiva faz emergir a opção profissional pelo trabalho com a população pobre e com a experiência comunitária na prática da psicologia latino-americana e revoluciona a práxis psicológica ao imprimir novos desafios: promoção das atividades dos grupos oprimidos, revitalizando as práticas comunitárias, denunciando a injustiça social, facilitando a conscientização, fomentando formas de resistência e luta, promovendo o controle dos aspectos cotidianos de suas vidas. Entretanto, essas ações transformadoras não podem acontecer sem a participação das maiorias excluídas. Para Martín-Baró (2011, p.196) “devemos trabalhar para potencializar as virtudes dos nossos povos”, o que reafirma o compromisso ético da psicologia com uma práxis libertadora.

A Psicologia Comunitária, na perspectiva trabalhada nesse artigo, é considerada uma área da Psicologia Social da Libertação, já que os seus fins coincidem na busca pela desalienação e libertação, reafirmando seu compromisso ético com os grupos socialmente oprimidos e marginalizados em uma perspectiva emancipadora. Portanto, condizente com seus pressupostos teóricos e éticos, sua prática é pautada no diálogo problematizador e na potencialização dos agentes individuais e comunitários, voltando-se “(...) na direção do desenvolvimento de formas participativas de intervenção, do fortalecimento das relações de poder mais plurais, democráticas e horizontalizadas (...)”. (Ximenes, Nepomuceno & Cidade, 2016, p. 190).

O que fomenta a intervenção em Psicologia Comunitária e a Saúde Comunitária, inserida no paradigma da Libertação, é a participação, como aspecto catalisador dos processos de conscientização, desideologização, fortalecimento pessoal e coletivo, potenciação de pessoas e grupos, formação de redes comunitárias de apoio e solidariedade, construção de ações coletivas para melhoria das condições de vida dos grupos socialmente marginalizados.

A participação em uma perspectiva libertadora em diversos campos do saber e de atuação, inclusive na saúde comunitária, requer do sujeito e dos sujeitos, enquanto coletivo, um movimento emancipador de rompimento com a dependência e alienação. Disto, resultam os processos de conscientização e ação participante no sentido de mudanças significativas nas

estruturas que fundamentam a sociedade em um viés que propicia a submissão e exploração de uma grande parcela da população.

Nesse sentido, a Saúde Comunitária tem a participação como mola propulsora das intervenções em educação, prevenção e promoção em saúde, ao potencializar indivíduos, grupos e comunidades em suas dimensões saudáveis. O espaço de participação é a comunidade, considerada como lugar de moradia e de construção de vínculos entre seus moradores, e que possibilita a construção do conhecimento crítico e processos de conscientização, o fortalecimento humano e comunitário, a transformação social das questões que envolvem o processo saúde-doença. Abrangem ações que incluem o diálogo problematizador, a interação social afetiva entre profissionais e sujeitos comunitários, a vivência, a ação coletiva transformadora, transcendendo os modelos biomédicos que centram a intervenção no indivíduo e nos seus processos de adoecimento (Góis, 2008).

O elemento da participação promove os potenciais saudáveis das pessoas ao possibilitarem a conscientização e transformação dos elementos pessoais, comunitários e ambientais, determinantes sociais dos processos de saúde individuais e coletivos, respondendo à complexa e multidimensional visão de saúde que extrapola os aspectos físicos e biológicos, envolvendo aspectos complexos em uma dimensão pedagógica e terapêutica mais ampla.

Metodologias Participativas: Caminhada Comunitária, Visita Domiciliar e Círculo de Cultura

A metodologia é o caminho seguido pelo profissional ou pelo pesquisador que revela as concepções epistemológicas que estão relacionadas com sua formação profissional. Esse percurso precisa estar coerente com o problema e com os objetivos da pesquisa e, ou da intervenção e com as experiências pessoais do profissional e dos sujeitos participantes (Silva, 2014).

Sarriera (2011) problematiza a participação no contexto da saúde comunitária e tece uma crítica afirmando que existe a participação passiva e subordinada. Segundo Silva (2014), a participação também pode assumir um caráter de um espaço de aprendizagem, em que os indivíduos se fazem presentes para receber formação, aprendizagem e/ou capacitação. Esse modo de participar não propicia a promoção da autonomia, do protagonismo e da corresponsabilização, sendo muito comum no campo das políticas sociais de um modo geral, e muitas vezes podem apresentar um viés assistencialista ou bancário (Freire, 2002).

Uma outra forma de participação é a democrática, que compreende os indivíduos como responsáveis por seus direitos e deveres, com foco na autonomia e num projeto de sociedade se ultrapasse a dimensão política e considere as esferas pessoal e social (Delors, 2010). Assim, podemos constatar que a participação requer um ambiente democrático e deve contribuir com o fortalecimento da identidade pessoal, coletiva e, ou comunitária, na direção da construção de processos de autonomia. Freire (2002) compreende a autonomia, no contexto da Pedagogia da Libertação, como algo que deve ser conquistado e construído a partir da vivência de cada um e das decisões baseadas na liberdade do sujeito.

Diante do exposto, podemos constatar que atuar com metodologias participativas consiste optar pelo uso de metodologias nas quais os sujeitos da pesquisa ou da intervenção são considerados coprodutores de conhecimento (Streck, 2016). As metodologias participativas são estudadas e referenciadas, especialmente no campo da Educação Libertadora/Popular, trazendo a centralidade da obra de Paulo Freire. É nesse sentido que o uso dessas metodologias tende a favorecer o fortalecimento da identidade pessoal e social dos sujeitos envolvidos, de tal modo, a potencializá-los na direção de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao sofrimento e de construção de processo de libertação.

Diante da diversidade de metodologias participativas, a caminhada comunitária, a visita domiciliar e o círculo de cultura possuem como foco a participação e a valorização do conhecimento popular, elementos que estão alinhados com a Saúde Comunitária e a Psicologia Comunitária. Tais práticas estão nas intervenções dos profissionais da saúde, porém há poucas sistematizações sobre essas metodologias.

Caminhada Comunitária

A caminhada comunitária, muito utilizada na Psicologia Comunitária, é uma das técnicas de facilitação dos processos comunitários que se volta para conhecer e compreender as dinâmicas que envolvem o fazer comunitário. Desta forma, é uma alternativa prática de inserção na comunidade, lócus de intervenções psicossociais dos profissionais, sendo que muitos possuem dificuldades de compreender a importância de caminhar na comunidade e conhecer o cotidiano dos moradores (Rebouças Jr. & Ximenes, 2010). Segundo Góis (2008), a caminhada comunitária

É um andar realizado em grupo, no qual se juntam para caminhar pelas ruas da comunidade profissionais de saúde e moradores, com o fim de conhecer os

locais, as pessoas, ver situações, ouvir histórias, saber da história do lugar, dar-se a conhecer e estabelecer laços de convivência, estar mais dentro e por dentro do cotidiano do lugar. A caminhada comunitária quer dizer um andar coletivo visando olhar junto, compreender junto e atuar junto (p. 197).

Nesta atividade, os profissionais da saúde, de outras políticas públicas e lideranças comunitárias, juntamente com os moradores da comunidade, empreendem uma caminhada conjunta e dialógica, que pode se realizar em diversos momentos do dia, apreendendo as variações do viver em comunidade (Góis, 2008). Na caminhada comunitária, os papéis do profissional e do morador são diferentes, porém estão em relação de horizontalidade, já que ambos estão no território, caminham, interagem e vivenciam o cotidiano da comunidade em conjunto. O morador passa a ser também um facilitador de processos de inserção na comunidade e de promoção de atividades comunitárias. Segundo Rebouças Jr e Ximenes (2010), a importância do envolvimento do morador na caminhada se deve ao fato de que “ele conhece mais o lugar e assume uma função de guia, o que propicia mais segurança a todos. O morador sabe quais são os lugares perigosos, os melhores horários e quem são as pessoas importantes que devem ser visitadas” (p. 160).

Embora a comunidade possa ser conhecida pelos envolvidos, os profissionais que realizam a caminhada comunitária necessitam ter por princípio um olhar sensível sobre os lugares, as pessoas e os processos vivenciados. Pressupõe um compromisso com o outro e com a comunidade, sendo fonte inesgotável de conhecimento, de vivência no modo de vida que envolve o viver e o conviver em comunidade.

Da mesma forma, a caminhada comunitária resulta em contribuições também no processo de territorialização da comunidade ou região, em visto de se tomar ciência do território como espaço concreto da vida social no qual as intervenções sociais se encontram e atuam, em certo grau de convergência e divergência, conhecendo suas potencialidades e fragilidades que podem se dar por meio do contato com a comunidade e seus moradores (Gadelha, Machado, Lima, Baptista, 2011).

A partir do conhecer *in loco* a realidade da comunidade, os sujeitos envolvidos na caminhada devem se voltar para observar e interagir com os moradores, vislumbrar os pontos de convivência reais e potenciais dos grupos, identificar as contradições estruturais, relacionais e simbólicas no lugar e as atividades comunitárias desenvolvidas pelos próprios moradores. Entretanto,

embora seja preciso definir, com clareza, os objetivos desta inserção, é importante evitar um controle rígido dos caminhos e lugares a serem percorridos correndo o risco de perder o sentido vivo e natural da comunidade.

A caminhada comunitária é um espaço em que o profissional da saúde ou das políticas públicas passa a ser conhecido pelos moradores da comunidade, passar a conhecer os espaços significativos ou não que fazem parte da história daquele lugar e a compreender aspectos que antes eram vistos como abstratos, pois o conhecimento só se dava a partir dos relatos dos moradores, sem uma vivência no lugar. Essa inserção do profissional é uma maneira de facilitar processos de participação, fortalecer os vínculos afetivos e sociais, visibilizando relações de opressão e criando condições para a libertação. Como técnica de inserção comunitária pode ser associada a outras práticas, tal qual a visita domiciliar, visita institucional e entrevista, agregando informações e vivências subjetivas à compreensão ampla da comunidade.

Visita Domiciliar

A visita domiciliar é uma técnica que vem se disseminando em diferentes áreas, como nas atuações nas políticas públicas, nas atividades acadêmicas e nas organizações não-governamentais, junto às comunidades. É uma prática profissional investigativa ou de atendimento e que se desenvolve contemplando outras técnicas como a observação, a entrevista e o relato oral (Amaro, 2003).

No âmbito da Psicologia Comunitária permite aprofundar e compreender aspectos da dinâmica familiar e comunitária, fortalecer o vínculo entre os profissionais e a comunidade e compreender a relação entre o ambiente e o comportamento das pessoas (Rocha, Moreira & Boeckel, 2010). Como opção metodológica, é importante que o profissional tenha interesse e predisposição para realizá-la, evitando improvisações (Amaro, 2003; Rocha, Conz, Barcinski, Paiva & Pizzinato, 2017). Sua utilização permite recolher informações que em outras situações não seria possível. Algumas vezes, o contexto organizacional/institucional demarca e define a utilização da visita domiciliar (Chagas, 2014; Fernández, 2016).

Antes de realizar a visita domiciliar, é necessário identificar a origem da solicitação, que pode vir da demanda da equipe ou profissional de referência, de outro serviço, das próprias pessoas a serem visitadas e de outras fontes. Logo, é importante definir os objetivos da visita, podendo ser para fortalecer vínculos, obter informações, fazer um atendimento, conhecer a interação da família com o bairro e recolher dados para

pesquisa. Garcia e Teixeira (2009) e Rocha et al. (2017) ressaltam a importância da participação de diferentes profissionais na visita domiciliar, caso seja possível.

A visita domiciliar pode ser programada com antecedência e sem antecedência. Na visita programada com antecedência, é importante cuidar dos temas logísticos: programação da visita (agendar dia e hora, definir previamente sua duração e ter em conta as preferências e disponibilidade das pessoas que serão visitadas), confirmar dias antes a possibilidade de se realizar a visita, providenciar e assegurar que se tenha os dados e recursos necessários (endereço da residência, transporte, roteiro da entrevista e/ou pontos que se quer abordar, prever tempo do percurso). Já a visita programada sem antecedência, está relacionada a situações imprevistas que podem advir de denúncias relacionadas a situações de violências, maus tratos, situação grave de saúde e descumprimento de alguma medida judicial e que o profissional precisa realizar.

No momento da visita, os profissionais devem fazer a sua apresentação, explicar o motivo da visita e iniciar o processo de conversa ou entrevista, sempre com atenção para dinâmica familiar que acontece durante a visita. É fundamental construir um diálogo sem invadir a intimidade e privacidade das pessoas e de modo que não prejudique a fluidez da comunicação entre os participantes. No final, o profissional deve perguntar se a pessoa quer acrescentar algo.

As habilidades do profissional para estabelecer uma relação empática, de confiança e para observar os elementos do contexto são fundamentais para assegurar o êxito e o alcance dos objetivos propostos. Porém, também é importante ter em conta alguns aspectos desafiadores, como cuidar para não expor a pessoa/família visitada, garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos. Para muitas famílias, dependendo da situação, receber em casa a visita de um profissional que oferece escuta, empatia, respeito e atenção é motivo de muita gratidão e vivido como uma expressão de cuidado e confiança. (Chagas, 2014; Fernández, 2016). À medida que o profissional passa a estar na residência do morador, pode-se criar nesse espaço, uma relação de fortalecimento da intimidade e do vínculo entre profissional e morador, contribuindo com a promoção da saúde, através de diálogos problematizadores e, por conseguinte, de relações mais libertadoras.

Círculo de Cultura

Paulo Freire assumiu o compromisso com a transformação social e desenvolveu uma ação educativa que,

na perspectiva de Góis (2005) é considerada problematizadora, dialógica e amorosa. Paulo Freire criou o Círculo de Cultura, em meados de 1964, no Movimento de Cultura Popular de Recife (MCP), no Projeto de Educação de Adultos. A base de sua práxis está na valorização e articulação da cultura popular, com vistas a transformação da realidade social opressora (Marinho, 2009). Através do círculo de cultura se propicia uma interação em grupo, buscando compartilhar e ampliar os conhecimentos sobre determinada situação, incentivar a ação coletiva, estimular o desenvolvimento de uma consciência crítica e da participação popular (Freire, 1979).

A disposição das pessoas em círculo é um modo de criar condições de horizontalidade, de diálogo e de expressão, reconhecendo as diferenças e singularidades de cada um no grupo. Em círculo, não há hierarquização, nenhuma pessoa é mais importante que as outras e todas podem aportar seus conhecimentos a partir das vivências e compreensões pessoais. Já a palavra cultura pode ser compreendida como a aquisição sistemática da experiência humana, que compõem os valores, histórias, mitos, resultado da práxis humana (Cavalcante & Góis, 2015).

Diante disso, o círculo de cultura é um instrumento de expressão e aprendizagem, onde se criam espaços reflexivos e participativos em que os participantes são convidados a compartilhar sua compreensão sobre uma palavra ou tema gerador. O compartilhar desses significados e vivências individualmente (descodificação) resulta na ampliação ou em uma nova apreensão sobre as palavras ou temas geradores iniciais (codificação), só que, dessa vez, há como fruto uma construção coletiva. Assim, o processo do círculo de cultura se resume em codificar-descodificar-codificar palavras ou temas geradores. No círculo de cultura, essas palavras ou temas geradores são propostas pelo facilitador/animador e/ou pelos participantes a partir do conhecimento do o contexto social da comunidade.

Segundo Monteiro e Viera (2010), o círculo de cultura consiste em três momentos principais: 1) Investigação Temática, que é a busca por palavras ou temas geradores contextualizados com a realidade subjetiva, social, cultural e política moradores da comunidade ou integrantes do grupo; 2) Tematização, que é a busca pelo significado da palavra geradora, é a codificação e decodificação dos temas; 3) Problematização, que é a partilha e discussão dos significados das palavras, na direção do processo de conscientização.

Segundo Cavalcante e Góis (2015), as características do círculo de cultura são: clima de espontaneidade, respeito e confiança; crença no ser humano como sujeito capaz de transformar a realidade, através da consciência

crítica; diálogo autêntico; a existência de um facilitador dos processos humanos e sociais; troca e aprendizado mútuo. É o diálogo problematizador que leva à (re) construção do mundo, à conscientização e a superação transformação da realidade opressora. Nesse sentido, o objetivo dos círculos de cultura são práticas que visem os processos de libertação.

Nos processos de intervenção comunitária e grupal nos campos da saúde, da educação, da cultura, da assistência social, dos direitos humanos e em outros podem ser utilizados o círculo de cultura. Além de ser um recurso teórico e metodológico também pode ser uma técnica de pesquisa (Monteiro & Vieira, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi tomar como base as discussões da Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária para refletir sobre as metodologias participativas, portanto este requer que afinemos as bases ideológicas e ético-políticas deste campo do saber com os instrumentais de intervenção social. Para tanto, os pressupostos da saúde integradora e multidimensional, a imprescindibilidade da participação da população, o foco nos aspectos comunitários e o horizonte dos processos de libertação das situações de opressão são essenciais para uma atuação a partir das metodologias participativas.

As metodologias precisam estar consonantes com estes pressupostos para que promovam o protagonismo e autonomia dos sujeitos, das famílias e das comunidades na produção, fortalecimento, recuperação e gestão da saúde. Nesse sentido, o rompimento com as perspectivas tradicionais de atuação em saúde remete à busca de novas formas de intervenção e atuação.

Portanto, uma intervenção pautada em tais pressupostos deve facilitar a identidade pessoal e social, a autonomia, a conscientização, a libertação e o protagonismo dos sujeitos, famílias e comunidades. Entretanto, é necessário compreender esta participação como efetivação de um processo democrático, superando tendências institucionalizadas e burocráticas que estão arraigadas na operacionalização dos sistemas de saúde. Desta forma, é possível dar centralidade aos sujeitos comunitários nas atuações, fomentando processos que os possibilitem passar da passividade à atividade, da apatia à construção coletiva, do silenciamento ao diálogo, da dependência à autonomia, da opressão à libertação.

A caminhada comunitária permite conhecer a comunidade, o modo de vida de seus moradores, os equipamentos públicos, dentre outras aspectos que compõem a realidade local, interagir com os moradores,

identificar lideranças, criar vínculos familiares e comunitários, enquanto a visita domiciliar é uma forma de construir intimidade com o lugar, estabelecer relações mais próximas de cuidado e confiança, conhecer aspectos psicossociais que, de outro modo não seria possível. Já o círculo de cultura possibilita deflagrar processos de conscientização através do trabalho coletivo de decodificação da realidade, de problematização das questões existenciais e de reconstrução da leitura do mundo e de si mesmo de forma crítica e transformadora, constituindo-se como um instrumento potente para fomentar processos participativos em saúde comunitária.

Este artigo limitou-se a apresentar somente essas três metodologias a fim de contribuir com a intervenção de profissionais que almejem utilizá-las. Porém, compreendemos a sua limitação em não discorrer sobre várias outras técnicas pertinentes a essas temáticas e também de não discutir a importância da interdisciplinaridade dos saberes. No entanto, os principais aspectos presentes nas metodologias da Saúde Comunitária e da Psicologia Comunitária são a participação e a libertação.

REFERÊNCIAS

- Amaro, S. (2003). *Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: AGE Editora, 2003.
- Ayres, J. (2016). Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva Brasileira. *Intelligere*, 2(1), 139-155. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2447-9020.intelligere.2016.115732>.
- Calatayud, F. M. (2015). A perspectiva ética da saúde comunitária e sua relação com a formação universitária de recursos humanos. Uma aproximação. In J. Sarriera, E. Saforcada & I. Alfaro (Orgs.), *Perspectiva psicossocial na saúde comunitária*. (pp. 49-62). Porto Alegre: Sulina.
- Campos, C. W. S., (2016). XV Conferência Nacional de Saúde: o que comemorar e o que criticar?. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 5-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00102>.
- Cavalcante, R., & Góis, C.W.L. (2015). Práticas educativas em educação biocêntrica. In R. Cavalcante & C.W.L Góis (2015), *Educação biocêntrica: ciência, arte, mística, amor e transformação* (pp. 211-293). Sobral, CE: Edições UVA.
- Chagas, E. (2014). *Trabajo social con familias: un estudio comparado sobre la intervención en los CRAS de Fortaleza-CE-Brasil y en los CSS de Barcelona-ES*. Barcelona: Universidad de

- Barcelona DL. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/134823>.
- Delors, J. (2010). Um tesouro a descobrir. Brasília: UNESCO. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>.
- Dussel, E. (1986). Método para uma Filosofia da Libertação. São Paulo: Edições Loyola.
- Fernández, J. (Coord.). (2016). La intervención con familias desde el trabajo social. Madrid: Editorial Grupo 5.
- Freire, P. (1979). Educação como Prática da Liberdade (9ª. Ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2002). Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra.
- Gadêlha, C.A.G., Machado, C.V., Lima, L.D., & Baptista, T.W. F. (2011). Saúde e Territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6), 3003-3016.
- Garcia, I. & Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate*, 15(1), 165-178.
- Góis, C.W. (2005). Psicologia Comunitária: Atividade e Consciência. Fortaleza, CE: Publicações Instituto Paulo Freire.
- Góis, C.W. (2008). Saúde Comunitária: pensar e fazer. São Paulo, SP: Hucitec.
- Guareschi, P. (2009). Pressupostos epistemológicos implícitos no conceito de Liberação. In R. Guzzo, & F. Lacerda Jr. (Orgs.), *Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação* (pp. 45-64). Campinas, SP: Alínea.
- Juarez, M. P. (2015). Dimensiones de la salud comunitaria que consideran pediatras del primer nivel de atención: reflexiones y desafíos. *Psicologia em pesquisa*, 9(1), 50-61, doi: 10.5327/Z1982-1247201500010007.
- Marinho, A.R.B. (2009). *Círculo de Cultura: origem, história e perspectivas epistemológicas* (Dissertação de mestrado), Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo, SP.
- Martín-Baró, I. (2011). Desafios e perspectivas da Psicologia Latino-Americana. In R. Guzzo, & F. Lacerda Jr. (Orgs.), *Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação* (2a. ed.). (pp. 199-219). Campinas – SP: Editora Alínea.
- Monteiro, E.M.L.M., & Vieira, N.F.C. (2010). Educação em saúde a partir de Círculos de Cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 397-403. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf>.
- Pizzinato, A. (2010). Psicologia da libertação. In J. C Sarriera & E. T. Saforcada, (orgs.). *Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas* (pp. 113- 138), Porto Alegre, RS: Sulina.
- Rebouças Jr., F.G., & Ximenes, V.M. (2010). Psicologia Comunitária e Psicologia Histórico-Cultural: análise e vivência da atividade comunitária pelo método dialógico-vivencial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 5(2), 151-162.
- Rocha, K.B., Moreira, M.C., & Boeckel, M.G. (2010). A entrevista e a visita domiciliar na prática do psicólogo comunitário. In J.C. Sarriera & E.T. Saforcada (Orgs.), *Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas y metodológicas* (pp.205-213). Porto Alegre, RS: Meridional.
- Rocha, K., Conz, J., Barcinski, M., Paiva, D., & Pizzinato, A. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 170-185. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>.
- Sarfocada, E. (2008). El concepto de salud comunitaria ¿Denomina solo un escenario de trabajo o también una nueva estrategia de acción en salud pública? *Psicologia em Pesquisa*, 2(2), 03-13. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472008000200002&lng=pt&tlng=es
- Saforcada, E. (2012). Salud Comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, (37), p.7-22. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100002&lng=pt&tlng=es.
- Saforcada, E., & Alves, M. A. (2015). Saúde Comunitária: do novo paradigma às novas estratégias de ação em saúde. In J.C. Sarriera & E.T. Saforcada (Orgs.), *Perspectiva Psicossocial da Saúde Comunitária: a comunidade como protagonista* (pp. 19-48). Porto Alegre, RS: Sulina.
- Sarriera, J.C. (2011). Desafios atuais da saúde comunitária no Brasil. In J.C. Sarriera (Org.), *Saúde Comunitária – conhecimentos e experiências na América Latina*. (pp. 246-257). Porto Alegre, RS: Sulina.
- Silva, A.M.S. (2014). Análise das implicações psicossociais do protagonismo para os jovens em situação de pobreza (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, CE.

- Streck, D.R. (2016). Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. *Interface*, 20(58), 537-547. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300537&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Ximenes, V.M., & Góis, C.W. de L. (2010). Psicologia Comunitária: uma práxis libertadora latino-americana. In R. Guzzo, & F. Lacerda Jr. (Orgs.), *Psicologia & Sociedade: Interfaces no debate sobre a questão social* (pp.45-64). Campinas, SP: Alínea.
- Ximenes, V. M., Nepomuceno, B. B., & Cidade, E. C. (2016). Pobreza: um problema para a Psicologia Comunitária? In V. M., Ximenes, J. C. Sarriera, Z. A. C Bonfim & I. J. Alfaro (orgs.), *Psicologia Comunitária no mundo atual: desafios, limites e fazeres*. (pp. 175-196). Fortaleza-CE: Expressão Gráfica e Editora.
- Yazbek, M. C. (2012). Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serv. Soc. Soc.* [online]., 110, 288-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000200005>.

Endereço para correspondência:

Verônica Morais Ximenes
Departamento de Psicologia -UFC,
Av. da Universidade, 2762
CEP: 60.020-180 – Benfica, Fortaleza/Ceará
E-mail: vemorais@yahoo.com.br

Recebido em 08/06/2017

Aceito em 11/08/2017

Saúde Comunitária e Metodologias Participativas na formação e atuação com a temática do uso de drogas: Relato de experiência

Community Health and Participatory Methods in training and acting with the theme of drug use: Experience report

Pedro Henrique Antunes da Costa¹

Resumo

O presente trabalho objetiva relatar e discutir uma experiência de formação sobre a temática do uso de drogas para profissionais da saúde, assistência social e educação, articulada com as necessidades dos territórios e comunidades, de modo a possibilitar práticas contextualizadas sobre o tema. Para isso, se ancorou na Saúde Comunitária (SC), lançando mão de Metodologias Participativas (MP) na produção de conhecimento, avaliação e potencialização do processo. Mesmo num contexto societário antagônico às premissas de ambas, demonstrou-se as potencialidades da SC, materializada por meio da MP, para a formação e atuação conjuntas, contextualizadas e abrangentes sobre a temática do uso de drogas e suas múltiplas interfaces, circunscritas à realidade sociocomunitária e tendo na transformação de suas necessidades os elementos norteadores.

Palavras chave: psicologia comunitária; formação profissional; educação permanente; participação; drogas

Abstract

The present article aims to report and discuss a training experience on the theme of drug use for health, social assistance and education professionals, articulated with the needs of the territories and communities, in order to allow contextualized community practices on the theme. For that, it was anchored in Community Health (SC), using Participatory Methods (MP) in the production of knowledge, evaluation and potentialization of the process. Even in a societal context antagonistic to the premises of both, it was demonstrated the potential of SC, materialized through MP, for joint, contextualized and comprehensive training and action on drug use and its multiple interfaces, circumscribed to socio-community reality and having in the transformation of its needs the guiding elements.

Keywords: community psychology; professional education; continuing education; participation; drugs

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora

É constatada e recorrente na literatura acadêmica a insuficiência de formação profissional concernente à temática do uso de drogas, reverberando, dentre outros fatores, em práticas profissionais igualmente incipientes e limitadas (Moretti-Pires, Lima & Katsurayama, 2010; Vargas & Duarte, 2011; Costa et al., 2015; Costa & Paiva, 2016a). Tal cenário não se restringe à saúde e também é observado com relação a outras temáticas que dizem respeito à realidade social complexa e multifacetada em que vivemos, extrapolando, portanto, concepções fragmentadas, que reduzem o ser humano a determinadas dimensões (biológicas e/ou psicológicas), fomentadas por meros processos de transferência e aquisição de conhecimentos técnicos descompromissados socialmente (Ronzani, 2007; Kanno, Bellodi & Tess, 2012; Almeida Filho, 2013). Assim, nos deparamos com uma grande contradição, onde profissões e campos do saber que se debruçam e tomam como objeto de estudo e intervenção o ser humano e seu contexto de vida, não possuem formação suficiente para abarcar justamente estes sujeitos, suas realidades e necessidades. Logo, nos questionamos que sujeitos e contextos são estes que - supostamente - orientam nossas formulações teórico-conceituais e práticas?

Será que correspondem, de fato, à realidade ou se tratam de meras abstrações descontextualizadas?

Diante deste panorama, por mais que impere a necessidade de reflexão e reformulação da formação profissional para atuar com os sujeitos e suas condições de existência, ela não deve ser pensada isoladamente, de forma autocentrada, muito menos descolada de nossa atual conjuntura social e histórica. É premente entender que a própria formação profissional hegemônica insuficiente nestes campos (saúde, assistência social, educação etc.) aparece como reflexo dessa configuração societária contribuindo, reflexivamente, para a sua manutenção, isto é, corroborando com a ordem social. Logo, somente a disponibilização de cursos, capacitações e alterações curriculares também são insuficientes se não estiverem assentadas na própria problematização da realidade sob a qual se inserem e visam subsidiar transformações, potencializados por meio de perspectivas participativas, horizontais e abertas às demandas das pessoas, dos cotidianos de vida e trabalho (Costa et al., 2015; Paiva & Costa, 2016b).

No que se refere ao uso de drogas, tais pressuposições denotam a imprescindibilidade de se conceber este fenômeno a partir das condições sociais e históricas

nas quais se constitui e contribui para conformar, com a necessidade de compreendê-lo inserido dentro de uma totalidade social, estabelecendo relações dialéticas com ela e com outros fenômenos que nesta realidade incidem. Assim, é possível romper com racionalidades e propostas de atuação sobre o tema orientadas pelo modelo biomédico hegemônico, que se nutrem de naturalizações e individualizações de sua complexidade e multidimensionalidade, juntamente com concepções moralistas e estigmatizantes (Moraes, 2008; Schneider, 2010; Paiva & Costa, 2016b)

Considerando o panorama apresentado, a Saúde Comunitária (SC) desponta como uma perspectiva recente no âmbito da saúde pública de reversão da compreensão e atuação sobre o processo saúde-doença e que, portanto, pode auxiliar também nas reflexões e reformulações não só da formação na área, mas, principalmente, nas formas como abordamos a temática do uso de drogas, desde as formulações teórico-conceituais existentes, chegando nas políticas públicas, serviços e práticas profissionais cotidianas. Ao se direcionar para a tomada de consciência das comunidades acerca de suas próprias condições de saúde, tomando-os como atores centrais de suas vidas (Saforcada, 2008; 2012), a SC possibilita, por consequência, um maior esclarecimento e conscientização sobre o tema do uso de drogas, dentre outros que conformam a realidade sociocomunitária.

Conforme postula Saforcada (2008), a SC surge na América Latina (AL) de baixo para cima, a partir das necessidades e reivindicações da população em geral, sobretudo, daquelas marginalizadas, despossuídas, afetadas diretamente pela desigualdade estrutural que assola nosso continente. Por conta disso, trata-se de um movimento contra hegemônico, cabendo à academia, ao Estado e suas instâncias compreendê-lo e incorporá-lo numa perspectiva participativa e horizontal, que agregue a comunidade e os saberes populares como elementos ativos e centrais, repensando, inclusive, seus papéis na sociedade e em nossa conjuntura, o que implica, no caso da academia, em reflexões e reformulações não só sobre as formas de produção de conhecimento estritas, mas, principalmente, acerca da sua indissociabilidade com a modificação a essa realidade na qual se assenta.

Referente aos processos de produção de conhecimento e intervenção na realidade, tais sinalizações provenientes da SC denotam a necessidade de se refletir não somente acerca das dimensões ontológica, epistemológica e metodológica existentes, mas também considerar sobre outras duas de igual relevância, mas frequentemente desconsideradas ou minimizadas: a dimensão ética e a política (Montero, 2004). Isso significa pensar

nos horizontes e nas possíveis implicações/reverberações existentes deste processo de contato ou inserção em uma dada realidade, ou com determinado fenômeno, com o intuito de compreendê-los e/ou modifica-los.

Nessa direção, as metodologias participativas (MP) aparecem em conformidade com a SC e se consolidam como possibilidades de materialização de suas premissas, sendo caracterizadas sob variadas alcunhas, tais como: pesquisa-ação, pesquisa-intervenção, pesquisa-participante, pesquisa-ação-participante etc. Possuem suas origens frequentemente associadas à Kurt Lewin, na década de 30 nos Estados Unidos, mas se desenvolvem e disseminam também pela Europa e, principalmente, na AL no século XX, onde adquirem um caráter crítico visando a transformação social e libertação popular. Dentre vários nomes importantes para o seu desenvolvimento na AL podemos citar Orlando Fals-Borda, sua sociologia crítica e as metodologias de pesquisa-ação participativas formuladas por ele, e também Paulo Freire e sua Pedagogia/Educação Popular (Rocha & Aguiar, 2003; Sarriera, 2010)

Em linhas gerais, as MP possibilitam, assim como propõe a SC, o estabelecimento de uma nova relação entre a ciência e a realidade social, assim como entre a academia e a sociedade em geral, concebendo-os relacional e dialeticamente imbricados, ao invés de instâncias fragmentadas e dicotômicas. Além disso, objetivam modificar a visão clássica de ciência, tomando-a como uma prática social, juntamente com reversão da tradicional separação importada das ciências naturais da relação entre sujeito-objeto, onde inicialmente pesquisamos determinados fenômenos para depois agir sobre eles (Sarriera, 2010; Uzzell & Barnett, 2010).

Portanto, a partir da confluência entre a SC e as MP, é possível potencializar não só a formação no que diz respeito à temática do uso de drogas, mas também a reflexão conjunta sobre como este fenômeno se expressa nos contextos sociocomunitários e, portanto, pode ser abarcado pelos sujeitos por ele perpassado. A partir do exposto anteriormente, o presente trabalho objetiva relatar e discutir uma experiência de formação sobre a temática do uso de drogas e suas interfaces para profissionais da saúde, assistência social e educação, articulada com as necessidades dos territórios e comunidades, de modo a possibilitar práticas comunitárias contextualizadas sobre o tema. Para isso, se ancorou na SC, lançando mão de MP na produção de conhecimento, avaliação e potencialização do processo.

*Pensando o Processo de Formação e Atuação:
Aportes da Saúde Comunitária e o Papel
das Metodologias Participativas*

O presente trabalho é oriundo de um projeto de extensão que, conforme mencionado, voltou-se para a formação e atuação com a temática das drogas em contexto sociocomunitário. A partir da fundamentação na Saúde Comunitária (Góis, 2007; Saforcada, 2008; 2012; Saforcada & Alves, 2015) e suas interfaces com outros complexos do saber e âmbitos de prática, como a Psicologia Comunitária (Martin-Baró, 1990/1996; Freitas, 1998; Montero, 2004), a Educação Popular *freireana* (Freire, 2005) e a Educação Permanente (Ceccim, 2005), foi delimitado o horizonte de abordagem à temática do uso de drogas nos contextos comunitários supracitados. Dessa forma, os seguintes pontos conformaram-se como pressuposições basilares para o planejamento e realização do trabalho: (a) a superação do paradigma de saúde pública tradicionalmente pautado por um modelo biomédico individualizante hegemônico com enfoque nas ações de controle e curativistas, desconsiderando práticas de promoção de saúde e prevenção e também; (b) o aprofundamento dos avanços propiciados pela Saúde Coletiva em direção à centralidade da comunidade na condução de suas próprias vidas, ao invés das equipes profissionais da saúde; (c) a concepção e a abordagem do ser humano, do processo saúde-doença, e, por conseguinte, da temática do uso de drogas, não se dão *per se*, como se se desenvolvessem e constituíssem num vácuo sócio histórico, mas atreladas a determinadas lógicas e configurações societárias e suas contradições (Costa & Paiva, 2016b).

Adicionalmente, de acordo com Freitas (1998), as preocupações motivadoras do trabalho não estavam atreladas somente à produção de conhecimento, como nos moldes tradicionais de se fazer pesquisa, mas também à modificação dos contextos supracitados, com vistas à qualificação da formação dos profissionais, propiciando uma abordagem realista, desnaturalizante, não moralizante e abrangente sobre a temática do uso de drogas e suas múltiplas interfaces. Nesse sentido, o conceito de *práxis* como ação-reflexão dentro do movimento da história, orientada para a transformação, torna-se fundamental. Isso significa questionar que tipo de intervenção pretende-se fomentar e realizar, implicando em uma resposta que passe, impreterivelmente, pela coparticipação da comunidade, com definição a posteriori dos objetivos, buscando produções de conhecimento e ações conjuntas e mediando os possíveis ônus e ganhos (Freitas, 1998).

Embebidas por tal racionalidade, formação e atuação não encontram-se desconectadas, mas se inter-relacionam dialética e processualmente. E, por sua vez, ambas também devem ser compreendidas inseridas em uma totalidade social, isto é, em nossa realidade sociocultural e, mais especificamente, nos contextos comunitários que são dinâmicos. Portanto, ao invés fomentarmos/reproduzirmos a lógica tradicional de formulação e implementação das políticas públicas e sociais, que veem os *policymakers*, as gestão e os profissionais como seus pensadores e executores, sendo a população uma mera receptora de benesses, a lógica orientadora passa pela construção dialógica, a partir das necessidades dos territórios e comunidades, considerando, inclusive, que devolver o poder de decisão às populações no que diz respeito à suas vidas constitui-se em uma forma de contribuir para um avanço de conscientização e na emancipação destes sujeitos e cenários (Saforcada, 2008; Saforcada & Alves, 2015).

Logo, mesmo um processo de formação-atuação que, em tese, esteja voltado para os profissionais das políticas públicas, sabe-se que suas ações têm uma temporalidade, um contexto e são direcionadas a sujeitos concretos, com necessidades, sendo estes os elementos norteadores. Dessa forma, a formação e a atuação não são fins em si mesmas, fazendo com que a *práxis* profissional seja abordada como instrumento de potencialização do contexto sociocomunitário, o que nos leva a indagar, em consonância com Martin-Baró (1990/1996), em benefício de quem essa *práxis* se erige e quais são as consequências históricas das ações as quais se deseja substanciar e potencializar.

Considerando os fatores supracitados, o modelo pensado para a contextualização das práticas formativas e de ação nas comunidades foi estruturado nos seguintes passos: 1) Identificação e mapeamento dos recursos comunitários existentes, p. ex. atores sociais, redes sociocomunitárias, dispositivos e instituições parceiras presentes nos territórios etc.; 2) Realização de diagnósticos participativos acerca das características locais com os recursos comunitários identificados; 3) Elaboração conjunta das ações; 4) Execução também coletiva das ações; e 5) Avaliação durante todo o processo, sendo feita também coletivamente.

A MP foi utilizada durante todo este processo, como forma de materializar algumas das premissas da SC, possibilitando uma co-construção dialógica/horizontal, servindo também como recursos avaliativos, de modo a produzir conhecimentos que balizassem as ações realizadas, municiando-as de maior contextualidade (Streck, 2016). Para tanto, os motivos para a utilização

dos métodos, assim como as formas que foram empregadas e os resultados gerados, foram pensados, acordados e avaliados constantemente por todos os participantes, a partir das necessidades identificadas.

Neste contexto, a observação participante foi a principal estratégia metodológica empregada (Valladares, 2007), por meio de visitas semanais aos serviços e comunidades, acompanhamento e suporte à atuação dos profissionais nos territórios, conversas informais com atores locais, e tendo no diário de campo o instrumento fundamental de registro e síntese dos dados produzidos. Conjuntamente à observação participante, outras possibilidades metodológicas foram pactuadas com os profissionais, usuários dos serviços e a comunidade em geral, como a utilização do Ecomapa como ferramenta de compreensão sobre a rede assistencial e mapeamento e identificação dos recursos comunitários existentes nas realidades abrangidas.

RESULTADOS, REFLEXÕES E INQUIETAÇÕES

A presente experiência formativa e de atuação foi realizada, durante os anos de 2015 e 2016, em duas regiões de um município de médio porte da Zona Mata mineira, conduzida por um grupo de pesquisadores-extensionistas, vinculados a um centro de pesquisas e intervenção de uma Instituição Pública de Ensino Superior de Minas Gerais. A escolha destas regiões se deu por conta dos seguintes fatores: (a) impossibilidade de abarcar o município como um todo, ainda mais quando levamos em consideração a necessidade de compreensão e atuação contextualizadas; (b) os acentuados indicadores de vulnerabilidade social em ambas as regiões; e (c) as redes de proteção básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo estas as duas únicas regiões do município com mais de um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) – dois em cada –, o que potencializava o processo de inserção e familiarização, assim como a ação intersetorial. Posteriormente, almejando maior profundidade e contextualidade nas ações, as regiões foram divididas cada uma em dois territórios, totalizando, portanto, quatro territórios de ação.

Além de possibilitar momentos formativos de trocas teórico-práticas com 211 profissionais de cerca de 30 serviços da educação (escolas municipais e estaduais), do Sistema Único de Saúde (SUS) e SUAS, o presente processo formativo, por meio das reflexões propiciadas tanto pela SC quanto pela utilização da MP, também atuou nos seguintes pontos: (a) criação de espaços permanentes de trocas e apoio, como reuniões com a rede assistencial e a comunidade; (b) acompanhamento do

processo de proposição e implementação das ações relacionadas ao uso de drogas e outras temáticas de interface oriundas da própria comunidade; (c) auxílio na implementação das ações de promoção de saúde e social, prevenção e assistência sobre os problemas relacionados ao uso de drogas das políticas locais, através da integração entre comunidades e diversos setores e profissionais.

A partir destas dimensões, foram realizados projetos de sensibilização e intervenção sobre o tema com as comunidades, ações educativas, oficinas, grupos de prevenção no contexto dos serviços, capacitações com os profissionais sobre temáticas vivenciadas em sua realidade cotidiana, rodas de conversa com profissionais e população em geral, ações com jovens e adolescentes estudantes das escolas abarcadas, dentre outros. Em um território em específico, a atuação com os adolescentes conseguiu, por meio do fomento de seus protagonismos pela MP, avançar para uma atuação conjunta e reflexiva acerca da própria realidade vivenciada cotidianamente por eles, indo para além da discussão sobre drogas, mas englobando assuntos, como: ser adolescente nas condições em que vivem, raça/etnia e preconceito, o machismo e a posição da mulher em suas comunidades, desigualdade social e pobreza, a relação com a polícia, dentre outros. A partir das iniciativas de estudantes de uma escola, inclusive, o grêmio estudantil foi reativado. Cabe ressaltar somente que estas ações são construções/realizações dos sujeitos que destes processos fizeram parte, como os profissionais e atores comunitários, cabendo aos pesquisadores-extensionistas o papel de potencialização e auxílio para a sua concretização, conforme postula a SC (Góis, 2007; Saforcada, 2008; 2012; Saforcada & Alves, 2015)

De modo geral, a utilização da MP abalizada pelos preceitos da SC, possibilitou uma formação-atuação conjuntas, atreladas à realidade sociocomunitária, com inserção nas comunidades, levantamento em conjunto das principais necessidades, assim como a articulação de diversos profissionais e atores que compõem a rede de atenção ao usuário de drogas e contextos comunitários referentes a duas regiões no município. Conduzido participativamente, tal processo possibilitou um aprofundamento e maior contextualização no processo de familiarização e conhecimento sobre as realidades, em suma, uma formação-atuação porosa e direcionada aos territórios (Ceccim, 2005), implicando em reflexões e construções conjuntas entre profissionais, comunidade e os pesquisadores-extensionistas das ações mais próximas às necessidades locais existentes.

Contudo, por mais que a participação comunitária se colocasse como um horizonte, sendo almejada

durante todo o percurso por meio da MP, a construção e atuação conjunta com os usuários e comunidade em geral, sendo concebidos como atores ativos e definidores de suas próprias necessidades, apresentou-se como uma das limitações do presente trabalho. Apesar dos avanços propiciados pela fundamentação na SC, atrelada às MP no planejamento, ação e avaliação, observou-se ainda um privilégio e centralidade nos profissionais, tomando – quando possível – as instituições como forma de acesso à comunidade. Tal limitação denota a influência dos pressupostos da Saúde Coletiva que, conforme Saforcada (2008), apesar de se caracterizar como um avanço considerável frente à perspectiva de saúde pública tradicional ainda toma as equipes profissionais (e aqui as expandimos para além da saúde) como os principais componentes de ação, acessando a realidade e compreendendo-a demasiadamente sob seu ponto de vista.

Dessa forma, reside o desafio e, ao mesmo tempo, a necessidade de se pensar na participação não como um fim em si mesma, mas como meio; de se ampliar e fomentar uma concepção de participação comunitária não limitada a apenas tomar parte dos processos de construção, decisão e ação, mas, sim, como uma forma de fomentar e potencializar – e aí a importância de se refletir constantemente sobre a MP – a apropriação e conscientização da comunidade acerca de sua própria vida, o que, conseqüentemente, reverberará nas práticas que nela incidem, sejam de saúde, da assistência social, educação etc. Assim, pode-se trabalhar *com* a comunidade, e não somente *para* ela (Saforcada, 2008; Góis, 2007), contribuindo para reverter os tradicionais privilégios e centralidade da gestão, profissionais e academia na formulação e implementação das políticas públicas, em direção a uma construção coletiva com os sujeitos que dessas políticas fazem parte e que considera a comunidade como principal componente de ação (Saforcada, 2012).

Ademais, conforma-se também como um elemento limítrofe o fato do presente projeto já possuir uma temática de interesse pré-estabelecida, como o uso de drogas, por mais que ela seja compreendida de forma abrangente, sendo multifacetada e possuindo interfaces com uma série de outros fenômenos. Por mais maleável que fosse a abordagem sobre o tema e suas interfaces, com a construção dos objetivos a posteriori e participativamente e que por conta da utilização da MP uma série de reformulações tenha sido feita durante o processo como um todo, entende-se que as necessidades e as temáticas a serem abordadas por um processo balizado pela SC devem advir do próprio contexto sociocomunitário. Conforme coloca Martin-Baró (1986/2011) e

seu realismo crítico em oposição ao idealismo metodológico, é a realidade que serve como balizador e parametriza desde as formulações teórico-conceituais até a ação que nela incide. Portanto, por meio dos resultados processuais obtidos pela MP com os profissionais, comunidade e de nossa própria reflexividade, mesmo os referenciais teóricos e as concepções sobre as temáticas de interesse tomados a princípio foram sempre elucidados e, em alguns casos, até mesmo modificados, de modo a evitar cair em uma perspectiva que adequa o real ao ideal.

Não obstante, grande parte dos obstáculos enfrentados referem-se ao seguinte questionamento: Por mais que a MP e a SC estejam imbricadas e se inter-relacionam, como pensa-las e colocá-las em prática num contexto societário que se configura de forma antagônica às premissas de ambas? Tais adversidades residem desde as concepções predominantes sobre o papel da academia e as formas de produção de conhecimento em geral, enviesadas por uma lógica de mercado funcional à ordem social e que concebe ambas isoladas da totalidade societária e, portanto, descompromissadas com a sua transformação (Streck, 2016). Numa relação de mútua influência, encontram-se as contradições e limitações das políticas públicas e sociais, acentuadas pelo próprio processo histórico de formação sociocultural brasileira e nossa realidade abruptamente desigual e antagônica, assim como pelo projeto neoliberal que aqui se instaurou a partir dos anos 90 e suas sucessivas (e em grande parte exitosas) ações de desregulamentação e enfraquecimento da tentativa de Estado de bem-estar social que se intentou implantar por meio das lutas e movimentos sociais que culminaram na reabertura democrática e Constituição de 88 (Freitas, 2005; Ansara & Dantas, 2010; Yamamoto, 2009; Yamamoto & Oliveira, 2011; Behring & Bochetti, 2011). Por fim, ainda incide nesse cenário a hegemonia do paradigma da saúde pública ancorado num modelo biomédico, que fracciona o ser humano e em partes e privilegia o saber médico e ações curativistas, em detrimento da promoção de saúde, prevenção e uma perspectiva de trabalho inter ou transdisciplinar (Saforcada, 2008; Costa & Paiva, 2016b).

Contudo, apesar das dificuldades impostas por este panorama, a ampliação tanto do olhar sobre a realidade quanto da sua abordagem propiciadas pela SC e a utilização da MP, amplifica o leque de possibilidades de ação existentes, não só com relação à temática das drogas, mas no que se refere às condições de vida da população e comunidades em geral. Esse alargamento teórico-conceitual e metodológico, a despeito da implicação de se deparar com entraves que não seriam

considerados numa atuação cristalizada, hierarquizada e acrítica, ao mesmo tempo, propicia uma abordagem abrangente e contextualizada, tomando os sujeitos e a comunidade como atores ativos de seus próprios processos de existência. Em suma, significa conceber e abordar a realidade como ela se constitui, o que pressupõe considerar e lidar suas contradições/vicissitudes, ao invés de naturalizá-las.

Concomitantemente, as interfaces entre a SC e a MP no presente trabalho denotam a grande limitação e ineficiência que as ações ditas de “capacitação”, com modelos e conteúdos pré-moldados e pautadas na transmissão vertical de conhecimentos, possuem de reverberarem nas práticas e modificarem a realidade (Costa et al., 2015). Afinal, mesmo com toda essa proposta contextualizada e participativa, os obstáculos foram numerosos, incutindo em uma série de percalços, com a necessidade de exercícios constantes de reflexão e reformulação, o que fez o percurso parecer mais um caminho de idas e vindas do que algo linear. Logo, não seria ainda mais limítrofe uma proposta de formação engessada, pautada no modelo clássico de ensino-aprendizagem escolar hierarquizado – como Paulo Freire (2005) nomeia, uma educação bancária –, que desconsiderasse a necessidade de adequação aos contextos sociocomunitários, assim como todo o conhecimento teórico-prático dos sujeitos que dessa realidade experienciam cotidianamente?

Além disso, o presente trabalho e suas fundamentações demonstram que mesmo em ações que, a princípio, podem se caracterizar como de extensão, é possível produzir conhecimento, e mais, um conhecimento orientado e socialmente comprometido com a modificação da realidade, dentro dos limites existentes das especificidades locais e da própria ordem social. Isto reforça a concepção da *práxis* e a necessidade de uma perspectiva integrada e indissociável de reflexão-ação, com estas instâncias sendo insuficientes quando separadas uma da outra. Tal constatação serve não só para a extensão, mas também para as pesquisas que vão para além da produção de conhecimento estritamente, visando a aplicação deste conhecimento produzido na transformação de determinados fenômenos ou contextos. Sendo assim, em conformidade com Streck (2016), a qualidade deste conhecimento produzido não está diretamente relacionada à forma como ele é construído e o impacto que tem nesta realidade? Portanto, não é desejável que aquele(as) perpassados por suas implicações sejam os seus co-construtores e alicerces? Ademais, segundo o mesmo autor, dessa forma, é possível resistir e fomentar outras formas de se produzir conhecimento

que não as pautadas pelo produtivismo acadêmico, que dicotomizam produtores e consumidores ou usuários de pesquisa (Streck, 2016).

Por fim, tal processo mostra-se coerente com uma visão abrangente sobre a temática do uso de drogas, concebendo-o não como uma “questão” ou problema a priori e em si, mas como um fenômeno imbricado em nossa ordem societária e, que, portanto, não pode ser abordado isoladamente dela e das outras “questões” que dela se erigem e se multideterminam reflexivamente, perpassando as vidas das pessoas. Isto é, como um complexo circunscrito a outro complexo, que é a nossa totalidade social. Em consonância, ao se tratar de um fenômeno multifacetado, as tentativas de abarcá-lo devem ser orientadas por uma visão abrangente possibilitada pela lógica da integralidade, em detrimento de perspectivas setoriais fragmentadas e/ou ações de serviços e profissionais isoladas, que o tomam frequentemente como um tema somente da segurança pública, da saúde, ou, até mesmo, de responsabilidade um único serviço.

Não obstante, esta perspectiva requer que lidemos com o possível, dentro das limitações impostas por um contexto de uma irracional “Guerra contra as Drogas” que, na verdade, trata-se uma guerra contra pessoas, um genocídio a determinadas parcelas da população, sobretudo os/as jovens, negros/as e pobres. Significa lidar com o assunto onde ele se constituiu, ou seja, nas realidades concretas das comunidades e com os sujeitos que ali se encontram, mesmo que isso signifique se deparar com todas as suas contradições, como, por exemplo, a disputa entre vieses de saúde *versus* perspectivas criminalizantes, visões contextualizadas *versus* preconceitos, estigmas e moralismos, se debruçando concretamente sobre a barbárie que aflige uma grande parcela da população brasileira – direta ou indiretamente. Assim, como saída, vislumbramos conjuntamente o possível, através da sobreposição do real ao ideal. E neste processo, a comunidade exerce papel central para a construção e implementação de formas de se abarcar os dilemas que ainda persistem em dificultar a potencialização humana, sendo o uso de drogas somente um deles. Afinal, ninguém sabe melhor sobre si e seu processo de constituição do que as próprias pessoas, do que a própria comunidade na qual se visa intervir conjuntamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o presente trabalho demonstrou as potencialidades da SC como perspectiva balizadora

não só na saúde, mas nas políticas públicas em geral. Materializada por meio da utilização da MP, possibilita uma formação e atuação conjuntas, contextualizadas e abrangentes sobre a temática do uso de drogas e suas múltiplas interfaces, circunscrita à realidade sociocomunitária. Nesse sentido, por mais que os processos formativos e de ação estejam voltados a princípio para os profissionais, a comunidade é tomada como elemento central destes processos e não somente como um ator passivo frente às suas próprias condições de vida, tendo na transformação de suas necessidades os elementos norteadores.

Nesse sentido, o percurso aqui apresentado e discutido reflete um caminho ainda inicial e incipiente em direção à concretização dos pressupostos da SC, trazendo consigo todas as vicissitudes e obstáculos referentes a esse processo de ampliação do horizonte *práxico* numa realidade social antagônica a propostas como estas, perpassada por uma série de determinantes limítrofes e constritores da própria potência e ação humana. Justamente por conta desse seu caráter, dialeticamente, também traz consigo um conjunto de potencialidades advindas desse processo de reformulação do olhar tradicional assistencialista fomentado na saúde e políticas públicas em geral, que toma a comunidade e a população em geral como meros objetos de manipulação e/ou receptores de ações.

Dessa forma, amplia-se o leque de possibilidades para uma formação e atuação profissional comprometida com a análise crítica do contexto na qual se insere, o conforma e é conformado, em conjunto com a premissa de sua modificação em direção a cenários mais dialógicos e equânimes, dentro das limitações da ordem social posta. Afinal, a *práxis* sociocomunitária não se configura como algo dissociado da realidade e, portanto, dos meios que a conformam e que dela resultam. Dessa forma, suas ferramentas encontram-se localizadas nessa própria realidade, seus sujeitos, grupos e comunidades.

REFERÊNCIAS

- Ansara, S., & Dantas, B. S. A. (2010). Intervenções psicossociais na comunidade: desafios e práticas. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 95-103.
- Behring, E., & Boschetti, I. (2011). *Política Social: fundamentos e história*. 9ª ed. São Paulo: Cortez Editora.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, 9(16), 161-168.
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Cruvinel, E., Paiva, F. S., Gomide, H. P., Souza, I. C. W., et al. (2015). Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. *Interface (Botucatu)*, 19(53), 395-404.
- Costa, P. H. A., Laport, T. J., & Paiva, F. S. (2015). Perspectivas sobre o trabalho em rede: contribuições do paradigma ecológico no processo de intervenção em álcool e outras drogas. In: Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas - Políticas e Práticas* (pp. 189-218). São Paulo: Cortez Editora.
- Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016a). A formação profissional para o trabalho na área de álcool e outras drogas: reflexões a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 539-551.
- Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016b). Revisão de literatura das concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis*, 26(3), 1009-1031.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freitas, M. F. Q. (1998). Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicol. Reflex. Crit.*, 11(1), 0.
- Freitas, M. F. Q. (2005). (In)coerências entre práticas psicossociais em comunidade e projetos de transformação social: aproximações entre as Psicologia Social da Libertação e Comunitária. *Revista Psico*, 1(36), 47-54.
- Góis, C. W. L. (2007). *Saúde Comunitária: Pensar e fazer*. São Paulo: Hucitec.
- Martín-Baró, I. (1990/1996). O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2(1), 7-27.
- Martin-Baró, I. (1986/2011). Para uma Psicologia da Libertação. In: Guzzo, R. S. L., & Lacerda Jr., F. (Orgs.). *Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação* (pp. 101-120). Campinas: Editora Alínea.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Moraes, M. (2008). Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Ciên. saúde colet.*, 13(1), 121-133.
- Moretti-Pires, R. O., Lima, L. A. M., & Katsurayama, M. (2010). A formação dos médicos de saúde da família no interior da Amazônia sobre a problemática do abuso de álcool. *Rev. bras. prom. saúde*, 23(1), 56-62.

- Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 64-73.
- Ronzani, T. M. (2007). A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1), 38-43.
- Saforcada, E. T. (2008). El Concepto de Salud Comunitaria ¿Denomina solo un escenario de trabajo o también una nueva estrategia de acción en salud pública? *Psicol. pesq.*, 2(2), 3-13.
- Saforcada, E. T. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37(1), 7-22.
- Saforcada, E. T., & Alves, M. M. (2015). Saúde Comunitária: do novo paradigma às novas práticas em saúde. In: Sarriera, J. C., Saforcada, E. T., & Alfaro, J. I. (Orgs.). *Perspectiva Psicossocial na Saúde Comunitária. A comunidade como protagonista* (pp. 19-48). Porto Alegre: Sulina.
- Sarriera, J. C. (2010). A Investigação-Ação-Participante. In: Sarriera, J. C., & Saforcada, E. T. (Orgs.). *Introdução à Psicologia Comunitária* (pp. 155-168). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciê. saúde colet.*, 15(3), 687-98.
- Streck, D. R. (2016). Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. *Interface (Botucatu)*, 20(58), 537-547.
- Uzzell, D., & Barnett, J. (2010). Pesquisa Etnográfica e Pesquisa-Ação. In: Breakwell, G. M. et al. (Orgs.) *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 302-320). São Paulo: Artmed.
- Valladares, L. (2007). Os dez mandamentos da observação participante. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 22(63), 153-155.
- Vargas, D., & Duarte, F. A. B. (2011). Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (Caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto contexto - enferm.*, 20(1), 119-26.
- Yamamoto, O. H. (2009). Questão social e políticas públicas: Revendo o compromisso da psicologia. Em A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e compromisso social* (pp. 37-54). São Paulo: Cortez Editora.
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24.

Endereço para correspondência:

Pedro Antunes Costa
 Instituto de Ciências Humanas. Sala B-III-21
 Rua José Lourenço Kelmer, s/n
 CEP: 36036-900 – Juíz de Fora/MG
 E-mail: phantunes.costa@gmail.com

Recebido em 06/05/2017

Aceito em 11/08/2017

A metodologia da abordagem social de rua na perspectiva de usuários adolescentes

Street outreach methodology under the perspective of adolescent users

Lirene Finkler^I

Débora Dalbosco Dell’Aglío^{II}

Maria Ângela Mattar Yunes^{III}

Resumo

O estudo investigou a percepção de adolescentes em situação de rua acerca da intervenção de um serviço de abordagem social em um município do sul do Brasil. Utilizou-se metodologia de Grupo Focal, com participação de sete adolescentes (13-18 anos). Os dados qualitativos foram sistematizados em três eixos de análise: 1) intervenções com foco nos adolescentes; 2) intervenções com foco nas famílias; 3) o serviço de abordagem de rua enquanto parte de um sistema de cuidado. O serviço foi percebido como microsistema relevante e os processos proximais se estabeleceram a partir do oferecimento de apoio social em todas as suas modalidades. O apoio emocional informal destacou-se pelo vínculo e proximidade dos usuários com os trabalhadores. Implicações para intervenções em políticas sociais são discutidas.

Palavras chave: adolescentes; avaliação; situação de rua; programas sociais; abordagem social de rua.

Abstract

The study investigated adolescents in street situation perception of a street outreach service's intervention in a city in the south of Brazil. Focus Group methodology was employed and seven adolescents (13-18 years old) participated. Qualitative data were systematized into three axes of analysis: 1) adolescent-focused interventions; 2) family-focused interventions; 3) the outreach street service as part of a social protection system. The service was perceived as a relevant microsystem and the proximal processes were established from social support offered in all modalities. Informal emotional support was highlighted due to the bond and proximity of users to workers. Implications for social policies are discussed.

Keywords: adolescents; program evaluation; street situation; social programs; street outreach program.

^I Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade La Salle/Unilasalle, Canoas/RS, Brasil.

^{II} Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, Porto Alegre/RS, Brasil.

^{III} Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade La Salle/Unilasalle, Canoas/RS, Brasil e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira – Universo, Niterói/RJ, Brasil.

A rua é ambiente de desenvolvimento, espaço de lazer, trabalho e socialização para diferentes grupos sociais, especialmente em contextos comunitários de exclusão, pobreza e desigualdade social. É um espaço cotidiano para muitas crianças e adolescentes, que confere aspectos de risco e de proteção. Estima-se que cerca de 24.000 crianças e adolescentes encontram-se em situação de rua no Brasil (SDH/IDEST, 2011), quadro que tende a acentuar-se na conjuntura de crise econômica e instabilidade política e social. Políticas públicas para essa população foram constituídas, especialmente a partir da década de 90, em diversas capitais brasileiras e multiplicaram-se estudos sobre o tema (Granpal/UFRGS, 2004; Lemos, 2002; Macerata & Passos, 2015; Magni, Schuch, Gehlen, & Dickel, 2008; Morais, Neiva-Silva, & Koller, 2010; Rizzini & Buttler, 2003). Esse interesse gerou a constituição de práticas de trabalho e de intervenções voltadas para a situação de rua.

Uma das tecnologias sociais desenvolvidas para intervir com a situação de rua é a abordagem social

(MDS, 2009). Institucionalizada como prática no campo da Assistência Social, essa modalidade de intervenção mescla elementos da pedagogia e de intervenções socioassistenciais. Diversos estudos investigaram a repercussão dessas intervenções em cidades brasileiras (Câmara, Moraes, Medeiros, & Ferriani, 2000; E. S. Oliveira, 2008; PAICA-Rua, 2002; Perez, 2005) e os achados em sua maioria corroboram as práticas, entretanto, um estudo apontou o potencial favorecimento da permanência das crianças na rua como reflexo das intervenções (Santana, Donielli, Frosi, & Koller, 2004). Tal panorama indica a complexidade do tema e a ausência de consenso sobre o delineamento mais potente para intervenções com essa população.

Embora seja necessário o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, conforme indicado pelo ECA (1990), muitas vezes um dos fatores que leva ao movimento de saída para a rua é justamente a constituição de uma alternativa pessoal de enfrentamento a determinadas adversidades centradas na relação familiar (violência familiar, por exemplo), adversidades

relacionadas à comunidade (estar ameaçado de morte na comunidade) ou necessidades de garantir o sustento econômico pessoal e familiar. Os serviços que visam o retorno de crianças e adolescentes em situação de rua para a família trabalham, portanto, com essa contradição constante: a família e a comunidade como risco e como proteção (De Antoni, Barone, & Koller, 2007; Granpal/UFRGS, 2004; Juliano & Yunes, 2014; Magni et al., 2008). O desafio que se apresenta é como enfrentar essa complexidade.

O Serviço Ação Rua (PMPA, 2006) é um dispositivo da Política de Assistência Social, iniciado em 2007 e que envolve abordagem e acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de rua. Tem como objetivo *favorecer a travessia* da rua para espaços protegidos, possibilitando a inserção e permanência de famílias e seus filhos nos atendimentos junto aos demais dispositivos da Rede de Proteção. Esta rede é formada pelo conjunto de serviços de diferentes áreas, como educação (educação infantil/creches e escolas), assistência social (programas de atendimento à família, de transferência de renda mínima, serviços de apoio socioeducativo e trabalho educativo), saúde (estratégia de saúde da família, clínicas, unidades básicas, programa de redução de danos), demais serviços na área de esportes, cultura e lazer, além do Conselho Tutelar, entre outros. No contexto do município pesquisado, a rede reúne-se territorialmente para encaminhar assuntos relativos à infância e juventude.

A metodologia utilizada pelo Ação Rua foi descrita em detalhe anteriormente (Finkler, Granzotto, Obst, & Dell'Aglio, 2008). Em síntese, pressupõe inicialmente o mapeamento do território, a partir de abordagens sistemáticas, identificando locais onde exista situação de rua, podendo também a comunidade solicitar abordagens, quando necessário, através de um telefone central. Após um período de observação de crianças e adolescentes em situação de rua, é realizada aproximação dos profissionais da equipe (assistentes sociais, psicólogos e educadores sociais) para uma primeira abordagem, seguindo-se quantas forem necessárias para a construção de vínculo. Ocorre um processo de aproximação e escuta das histórias pessoais e familiares, da trajetória de rua e da relação das crianças/adolescentes com a rede ampla de atendimento. Essas escutas e observações são registradas em um estudo de caso inicial e, a partir disso, ocorrem discussões em equipe, onde então são traçadas as estratégias iniciais, que devem ser discutidas com a rede de serviços da região.

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano - TBDH (Bronfenbrenner, 2005) foi adotada como referencial teórico na compreensão da Intervenção

do Ação Rua. Permite analisar de forma inter-relacionada aspectos referentes ao *processo* de intervenção, as características das *pessoas* envolvidas, aos *contextos* de atuação do Serviço Ação Rua e ao *tempo* que permeia esse conjunto de elementos. Considera a complexidade implicada na intervenção e a inter-relação entre os diferentes contextos que repercutem na vida das famílias e no desenvolvimento de suas crianças e adolescentes. O processo proximal é compreendido como o principal mecanismo produtor de desenvolvimento humano, o qual acontece através de interações (entre pessoas, objetos e símbolos) nos ambientes onde a vida cotidiana acontece (Bronfenbrenner, 2005). Para serem efetivos, devem ocorrer numa base regular, sistemática, através do tempo. Assim, as interações que acontecem entre trabalhadores sociais no decorrer de suas intervenções com crianças, adolescentes e suas famílias caracterizam processos proximais, pois envolvem padrões de interação estáveis e recíprocos entre as pessoas e seus ambientes.

Para discutir as intervenções realizadas pelo serviço de abordagem social com adolescentes o presente artigo apoia-se também no referencial do apoio social. Este é um construto complexo, com múltiplos componentes (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990) e refere-se ao conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem a rede de relacionamentos de uma pessoa. O apoio social vem sendo estudado a partir de uma diversidade de referenciais teóricos e correntes analíticas que dialogam com a psicologia social (como teoria do estresse ou cognitivas), com correntes sociológicas (funcionalista, estruturalista, relacional e comportamental) e da ciência política (democracia e associativismo), por exemplo (Canesqui & Barsaglini, 2012, p. 1112). Uma classificação ampla das funções do apoio social destaca como tipos de apoio: emocional, instrumental, informacional, afetivo e apoio de interação positiva (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Wills, Blechman & McNamara, 1996). Segundo Gracia Fuster (1998), as fontes formais (serviços e políticas públicas) e informais de apoio (familiar e comunitário) coexistem, mas com escassa articulação, cada qual contando com diversas limitações e potenciais. Uma maior integração entre esses dois sistemas de apoio, formal e informal, pode proporcionar a oportunidade de aprendizado mútuo e gerar uma rede assistencial mais ampla e efetiva.

A avaliação de serviços assistenciais é uma prática fundamental para a promoção de serviços de qualidade (Bosi, 2014). No momento atual de crise política, social e econômica, em que a população em situação de rua potencialmente aumenta em diferentes pontos do país, é de fundamental importância o debate

sobre as intervenções no campo da política pública de Assistência Social. Foi realizado estudo de caso (Yin, 2005) do Serviço Ação Rua, que foi descrito e avaliado de forma global através da análise de seu processo de implantação, de análise documental e da percepção de seus gestores, trabalhadores e usuários (Finkler, 2011). O presente artigo apresenta a avaliação da intervenção realizada pelo serviço Ação Rua na perspectiva de seus principais beneficiários, os adolescentes que participaram do programa.

MÉTODOS

Participantes

Participaram do presente estudo sete adolescentes com idades entre 13 e 18 anos em situação de rua atendidos pelo Serviço Ação Rua. Relataram que possuíam muitos anos de vivência na rua, entre idas e vindas da

casa de familiares e eventuais acolhimentos em instituições e internações para desintoxicação. Apenas um deles nunca havia feito uso de drogas. Todos apresentavam baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto. Os motivos descritos para a ida para a rua foram conflitos familiares, uso de drogas, uso de drogas pelos pais e “gosto pela rua”. A Tabela 1 apresenta aspectos relativos ao perfil de uso da rede de serviços assistenciais pelos adolescentes. Eles acessavam de forma intermitente o serviço de acolhimento noturno, a escola aberta e um serviço socioeducativo diurno, todos direcionados para jovens em situação de rua, cujo funcionamento foi descrito por Souza, Reis, Corrêa, & Giugliani (2010). O período de tempo que os participantes estavam frequentando os serviços dessa rede variou de quatro meses a cinco anos.

Tabela 1

Adolescentes participantes e perfil de uso dos serviços

Participante	Idade	Tempo de acesso à rede	Serviços frequentados
P.1	18	5 anos	SAN*, EPA**, rede da região
P.2	15	5 anos	SAN, EPA, LDB***
P.3	16	4 meses	SAN, LDB
P.4	17	1 ano	SAN
P.5	13	2 anos	SAN, LDB, EPA
P.6	17	4 anos	SAN, EPA
P.7	18	4 anos	SAN, LDB

* SAN – Serviço de Acolhimento Noturno

** EPA – Escola Porto Alegre (escola aberta para crianças e adolescentes em situação de rua)

*** LDB – Lar Dom Bosco (serviço socioeducativo diurno dirigido à situação de rua)

Instrumentos e Procedimentos

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (protocolo nº 2008/007) e autorizado pelo órgão governamental responsável pelo serviço. Foi utilizada a metodologia de Grupo Focal, buscando possibilitar debate e interação entre os participantes e dar voz aos adolescentes, de modo a promover elaborações, ideias originais e opiniões divergentes sobre o tema em foco (De Antoni et al., 2001; Tanaka & Melo, 2001). Foram utilizadas questões orientadoras tais como: *Quando a equipe do Ação Rua começou a trabalhar contigo, o que tu esperavas que acontecesse? Em que ajudou? Em que atrapalhou? O que poderia ter sido diferente? De que maneira deve agir o educador social para realizar um bom trabalho com as*

crianças e adolescentes? Também foi utilizada uma ficha de dados sociodemográficos, preenchida pelas pesquisadoras, a partir dos dados consultados nos prontuários de serviços utilizados. O grupo foi conduzido por duas pesquisadoras, uma exercendo a função de mediadora e outra de relatora-observadora. O grupo teve duração de uma hora, foi filmado e transcrito.

O grupo focal foi desenvolvido em um serviço de acolhida para pernoite em razão da frequência com que adolescentes em moradia na rua faziam uso desse serviço, o qual mantinha articulação com o Ação Rua. Foram convidados a participar todos os adolescentes que acessavam o serviço na data agendada para o grupo focal. Os jovens foram informados sobre objetivos, horário (após a janta) e voluntariedade de participação. O grupo focal com os adolescentes exigiu a adaptação

da linguagem de modo a facilitar a compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as questões de pesquisa.

Análise dos Dados

Os conteúdos debatidos durante o grupo focal foram submetidos à análise qualitativa seguindo pressupostos para análise de evidências de Yin (2005), e foram sistematizados em três eixos de análise que organizam as percepções dos adolescentes sobre: 1) intervenções com foco nos adolescentes; 2) intervenções com foco na família; 3) o Ação Rua enquanto parte de um sistema de cuidado. Os eixos de análise que emergiram dos dados são exemplificados com trechos da discussão no grupo focal, nem sempre sendo possível isolar as falas, uma vez que os adolescentes complementavam o discurso uns dos outros. Os resultados e discussão serão apresentados conjuntamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intervenções com Foco nos Adolescentes

Ao descrever seus primeiros contatos com o Ação Rua, os participantes apontaram o caráter de vinculação que caracteriza o trabalho dos educadores, o qual se sustenta na escuta e no diálogo, como nos exemplos a seguir:

Primeiro eles chegam no cara e perguntam assim se o cara tá afim de conversa, se quer trocar uma ideia, daí o cara fala que sim, quando vê o cara chega e conversa com eles, e começa a trocar papo” (P.2, comunicação pessoal, 16.04.09).

Eles só vão procurá ajudar o cara, eles vão perguntar se o cara quer uma ajuda, se o cara não quiser não são obrigado” (P.5, comunicação pessoal, 16.04.09).

Essa liberdade de decisão quanto às intervenções propostas, que caracteriza o diálogo com o adolescente, é percebida como um aspecto positivo da intervenção e é elemento que favorece a construção de vínculo com o trabalhador social. Os participantes fazem questão de citar os nomes das pessoas do Serviço que conheciam e com quem conviviam, registrando relação muito pessoal: “São tudo meus amigo” (P.2, comunicação pessoal,

16.04.09). Relações afetuosas, estáveis e contínuas podem se constituir como principal elemento para que se superem os desafios ao longo do desenvolvimento, além de ser promotoras de processos proximais funcionais. Estes devem ser compreendidos como processos progressivamente mais complexos de interações recíprocas entre um organismo humano biopsicológico ativo, em evolução, e as pessoas, objetos e símbolos em seu ambiente externo imediato (Bronfenbrenner, 2005). Ao compartilhar desse ambiente imediato dos adolescentes, os educadores se disponibilizam para uma relação vincular continuada.

A descrição das intervenções do Ação Rua enquanto escuta e cuidado de suas necessidades remete ao apoio social emocional (Gracia Fuster, 1998; Pesce et al., 2004; Pierce et al., 1996; Wills et al., 1996). Este é conceituado como disponibilidade de conversar e dividir problemas, estabelecendo uma relação de confiança. O vínculo com os trabalhadores é referido como de amizade, somando uma modalidade informal ao apoio social oferecido. A característica dialógica da intervenção, o conversar sobre suas situações de vida, e o vínculo positivo que se estabelece foram destacados no debate do grupo focal e já foram apontados como tarefas centrais do educador social (Graciani, 2009; Romans, Petrus, & Trilla, 2003; W. F. Oliveira, 2004), sendo relevante destacar sua operacionalização no contexto deste programa.

A conversa como modo de intervenção foi caracterizada como informal, identificada como relação de amizade, e diferenciada da conversa que se dá num contexto terapêutico formal, associado com unidades de tratamento (serviços de saúde, internação, comunidade terapêutica, CAPS). Essa última é nomeada como “conversar com psicólogo” ou “passar por psicólogo”, e associa-se a contextos fechados e de tratamento, com *settings* mais formais e estruturados. Portanto, a intervenção na rua, em que a conversa acontece em espaços alternativos, e a interação pode envolver profissionais com formações diversas, aproxima-se de uma modalidade de clínica ampliada, e se diferencia da noção de “passar por psicólogo” trazida pelos adolescentes, uma modalidade mais tradicional e formalizada. Além disso, as falas dos adolescentes não fazem diferença entre os profissionais com os quais interagem, sejam eles técnicos (psicólogos ou assistentes sociais) ou educadores sociais.

Os participantes valorizaram o respeito que os educadores têm por sua liberdade de decisão quanto aos encaminhamentos. Manifestaram desagrado quando os educadores se tornam insistentes em trabalhar projetos de vida alternativos à rua, o que é visto como “chaticê”,

intromissão, gerando a sensação de imposição e controle, como pode ser observado pela seguinte fala: *Eles falam muito né meu! Bah ô, toda hora querem tá cuidando da vida do cara! Eu sei que eles querem ajudar, mas não precisa ficar toda hora pegando no pé do cara, o cara se morde (P.5, comunicação pessoal, 16.04.09)*. Os demais participantes confirmaram que esse aspecto é muito incômodo, mas ainda assim o grupo contrapôs com o lado positivo, o objetivo de ajuda: *É, mas depois o cara vê que é pro bem do cara (P.2, comunicação pessoal, 16.04.09)*.

Por outro lado, diante de situações graves e de fragilidade, especialmente pelo uso de drogas ou risco de vida, entendem ser inevitável a insistência dos educadores, a despeito de sua vontade. Nessas circunstâncias a intervenção compulsória é bem vista, desde que acompanhada e mediada por equipe que conheça e já atue com o adolescente.

Essa insistência em projetos de vida alternativos à rua foi o único aspecto apontado como negativo na avaliação, mesmo assim, de forma ambivalente: não respeitar a liberdade de escolha do jovem é ruim, mas é percebido como necessário sob determinadas circunstâncias. Essa ambivalência entre liberdade e cuidado manifesta pelos participantes tanto pode ser compreendida como uma característica da própria adolescência no processo de busca de independência (Moura, Silva, & Noto, 2009), como pode ser entendida dentro do escopo das discussões sobre cuidado e controle no campo da assistência, como bem apontado por Macerata e Passos (2015).

Dentre os aspectos positivos identificados na intervenção, os adolescentes destacaram os esforços da equipe do Ação Rua em inseri-los em serviços da rede. Quando o adolescente deseja, pode encontrar alternativas de cuidado e inserção em projetos considerados interessantes, como determinados cursos e escola. Os trabalhadores do Ação Rua foram mencionados pelos adolescentes como aqueles que os levam para os tratamentos, que conseguem vagas em escolas, em cursos e os levam para os demais locais da rede de serviços. Essas ações podem ser compreendidas a partir do apoio instrumental e informacional oferecido (Pierce et al., 1996; Wills et al., 1996). Tais modalidades de apoio são muito necessárias para essa população, uma vez que os demais serviços da rede tendem a vê-los com preconceito (Patias, Siqueira, & Dell'Aglio, 2017), não os acolhendo efetivamente nos atendimentos. As equipes de abordagem social suprem a necessidade de relacionamentos interpessoais positivos, no vácuo deixado pelas relações familiares e escolares conflituosas.

Na discussão foi referido que outros adolescentes não “*aproveitam*” a oportunidade que recebem, incomodam no ambiente, fazem uso dos espaços somente para alimentação, cuidados de higiene e retornam para a rua. Entretanto, também os participantes do grupo focal tiveram intercorrências e períodos em que se recusavam a acessar ou permanecer nos espaços da rede, retornando à rua, de modo que essa crítica poderia ser atribuída a eles mesmos. Os adolescentes também mencionaram que, assim como outros jovens, poderiam mostrar-se mais resistentes às intervenções quando sob efeito de drogas. Nessas ocasiões os trabalhadores sociais podem não ser bem recebidos pelo adolescente, que não quer ser ajudado e reage agressivamente: “*Vão ajudar, mas essa pessoa não quer...*” (P.2, comunicação pessoal, 16.04.09); “*Não quer ser ajudada*” (P.7, comunicação pessoal, 16.04.09); “*Pode tá chapada, alguma coisa, se avança neles*” (P.2, comunicação pessoal, 16.04.09).

Os adolescentes referiram que os trabalhadores sociais enfrentam situações de risco, tanto pelo próprio comportamento dos adolescentes, quando discordam e reagem à intervenção, quanto por aspectos de violência de determinadas regiões da cidade em que adolescentes e educadores circulam.

Um dos principais temas debatidos no grupo focal foi a relação com as drogas e com os tratamentos disponíveis na rede, especialmente as internações em clínicas de desintoxicação e comunidade terapêutica. O Serviço de Abordagem foi descrito como elemento importante na decisão da busca por tratamento, no acompanhamento de suas diferentes etapas e no desfecho, seja positivo (vincular-se a alguma modalidade de tratamento) ou negativo (não vinculação a tratamento):

Me levaram pra várias clínicas, por causa que eu sou dependente químico afú, uso droga pra caralho... (P.2, comunicação pessoal, 16.04.09).

Ele tava lá atirado na rua, não queria saber de nada. Ah não, o bagulho é sério né meu, mas aí quando vê eles ajudaram, hoje em dia tá tri bem (P.2, falando sobre o P.1, comunicação pessoal, 16.04.09).

Eles referem que, nesse contexto, o próprio jovem não consegue se ajudar, resiste e rechaça as ofertas de apoio. Revisão de literatura sobre o uso de drogas no contexto da rua (Claro et al, 2014) aponta ser necessário o desenvolvimento de projetos terapêuticos adaptados a

essa população, que devem ser complexos, diversificados e adaptados à adolescência e seus diferentes contextos. Neiva-Silva e Carvalho (2007) assinalam a necessidade de adaptação das propostas de intervenção comumente utilizadas com adultos para o trabalho com adolescentes, reduzindo o foco na abstinência e ampliando no enfrentamento da vida sem as drogas, reforço da identidade pessoal positiva, autoeficácia, envolvimento familiar e acompanhamento escolar, eixos que compõem a intervenção geral do Ação Rua. Em outro estudo, também realizado com população em situação de rua em Porto Alegre, Neiva-Silva e Carvalho (2010) afirmam que as instituições que prestam assistência a crianças e adolescentes em situação de risco têm um papel imprescindível para sua saúde e bem-estar diante da escassez de outras fontes de apoio. Para tanto, profissionais da assistência, da saúde e da educação devem ser capacitados em conjunto, de modo a favorecer uma construção de conhecimentos intersetorial e o aprofundamento de conhecimentos específicos sobre drogas e prevenção. Para Moura et al. (2009), é fundamental ressaltar a responsabilidade que as redes sociais têm de auxiliar famílias, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, para que ampliem a capacidade de vinculação social, o que contribui para redução das desigualdades sociais vivenciadas.

Os adolescentes apontaram sugestões que poderiam tornar a intervenção do Ação Rua mais atrativa e efetiva junto aos jovens. Foram citados, por exemplo, realizar trabalho em grupos e em locais alternativos (não dentro das instituições de atendimento, mas marcando uma ruptura com o espaço da rua), como piquenique, ir a um café, constituir espaços de “aventura” - oportunizando a descoberta de novos locais, atividades de lazer, experiências e aprendizados. Também sugeriram levar os adolescentes a conhecer adultos com histórias de superação da vivência de rua. As sugestões estão explicitadas nos seguintes trechos do debate:

Tinha que montar um grupo. (...) como agora, a gente tá sentado aqui só que aí eles ficam numa sala, assim, e o cara tá cansado de tá ali sentado... (...) Se a gente fosse num bar, tomar um café... (...) Toma um café, come um bolinho de queijo... (...) Faz um piquenique, conhece os outro lugar né. (...) Tipo uma aventura assim. (P.5, comunicação pessoal, 16.04.09).

Leva o cara pra conhecê os albergue, de repente o cara conhece... (P.2, comunicação pessoal, 16.04.09).

Conhecer a vida de outras pessoas que passaram já por essa rua... (P.3, comunicação pessoal, 16.04.09).

É interessante perceber que as propostas assinalam uma diferença com o espaço da rua, seja pela realização de atividades em locais diferenciados, seja pelo acesso a narrativas alternativas de adultos que já passaram pela vida nas ruas, com as quais os adolescentes possam se identificar. As sugestões dos adolescentes revelam a própria dificuldade de inserção em espaços sociais que não são usualmente acessíveis para esses jovens, pela exclusão social que atravessa seu contexto. A realização de atividades, portanto, em espaços fora do contexto da rua poderiam ser incorporadas ao trabalho, de modo a aproximar a intervenção das expectativas dos usuários.

Intervenções com Foco nas Famílias

O segundo eixo de análise destacou a percepção dos adolescentes de que o Ação Rua é um serviço voltado também para suas famílias. Tomada de modo abrangente, a família constitui-se no primeiro e um dos mais importantes microsistemas de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2005). Os participantes descreveram experiências de receber visita domiciliar e de tentativas de revinculação familiar, como nos seguintes exemplos:

Conheço o Ação Rua há muito tempo, várias pessoas do Ação Rua já me ajudaram, me deram a maior força. O Ação Rua sempre me ajudou em todos os momentos difícil, de família, de tudo.(...) Me ajudou um monte de coisa, pra mim, pra mim e pra minha família, botou a minha mãe em vários negócio aí que a minha mãe recebe... ... benefício [do governo] (P.5, comunicação pessoal, 16.04.09).

Ele entra na minha baia lá pra ajudá meu coroa, que quebra tudo (...) Ah, meu coroa é locão (P.2, comunicação pessoal, 16.04.09).

Ah, minha mãe até lida bastante com o Ação Rua, mas... mas é assim, né. Eles procuram mais, se o cara tá na rua, leva o cara pra dentro de casa. Querem ajudá o cara pro cara ficá mais em casa né (P.5, comunicação pessoal, 16.04.09).

Os adolescentes associaram a motivação para sua ida para a rua com conflitos familiares, o que é discutido amplamente na literatura (De Antoni et al., 2007; Ferreira, Littig & Vescovi, 2014; Paludo & Koller, 2008; Rizzini & Buttler, 2003; Moura et al., 2009). Os estudos indicam que é falsa a ideia de que estar na rua implica em não ter família, sendo necessário trabalhar com uma visão contextualizada, a partir da própria percepção da criança/adolescente. Muitas vezes as relações estabelecidas na rua vão ocupando o lugar de família (Gregori, 2000), incluindo não somente os amigos da rua, mas também os próprios educadores de instituições, que passam a ser percebidos e referidos como fazendo parte de sua família (Lima & Morais, 2016; Morais et al., 2010). Como já constatado, muitas famílias não têm conseguido cumprir de forma eficaz as suas funções parentais, devido à alta demanda para a própria sobrevivência. O microsistema familiar fica fragilizado, o que se reflete na visão dos adolescentes participantes de que seus pais precisam de ajuda, a qual pode ser oferecida pelos trabalhadores do Ação Rua.

Os adolescentes reconhecem o apoio social instrumental e informacional oferecido a seus familiares no sentido da inclusão em programas governamentais e em serviços de saúde, especialmente para tratamento de questões relacionadas à saúde mental e uso de drogas pelos próprios familiares. O Ação Rua também é percebido como fator de cuidado da família, atuando na mediação de conflitos e através de apoio emocional. Dessa forma, a intervenção focada no fortalecimento dos aspectos de saúde dos familiares e superação das situações de conflito favorecem a revinculação familiar (Lima & Morais, 2016).

Sugestões dos adolescentes, considerando o trabalho com as famílias, incluíram intervenções com ênfase na mediação de conflitos e na relação entre adolescente e sua família, como no exemplo que segue:

Eu acho que eles tinham que ir em casa, na casa dessas crianças, conversá com os familiares, com o pai, com a mãe, vê o que que... porque que se desacertaram, vê se eles mesmo conseguem se acertar, fazer com que o filho se acerte com a família... (...) Dialogar (P.3, comunicação pessoal, 16.04.09).

Chama a atenção que as sugestões de modificação apenas reiteraram ações que relataram ser executadas pelo Ação Rua. Eles reconhecem que essas ações existem, mas parecem sublinhar sua importância, reforçando o potencial das intervenções voltadas para a

revinculação familiar e destacando a relevância desse tipo de intervenção.

Percepção do Ação Rua Enquanto Parte de um Sistema de Cuidado

Ao relatar seus primeiros contatos, os adolescentes indicaram não fazer distinção entre o Ação Rua e os serviços anteriores de abordagem no espaço da rua, demonstrando uma associação/linearidade entre os programas precedentes - Educação Social de Rua, SASE-Travessia e Sobressair (PMPA, 2006). Um aspecto que pode ter contribuído foi o fato de alguns profissionais que passaram a compor o Ação Rua já terem atuado nesses programas ao longo do tempo, imprimindo certa continuidade ao Serviço.

Os adolescentes referem o aumento significativo no número de trabalhadores (*Bah, é um monte, né meu!* - P.2, comunicação pessoal, 16.04.09), e foi destacada sua inter-relação com os demais serviços então dirigidos à situação de rua. Esse é um avanço e reflete esforços anteriores para a constituição de rede intersetorial (Inter-rua) especificamente dirigida para esse público (Souza et al., 2010).

Questionados se seria possível uma criança ou um adolescente morar permanentemente na rua, vários responderam que não. Ficar na rua implicaria em fazer algum tipo de “negócio”, algo para sustentar a permanência; seria possível se esse indivíduo pudesse contar com oferta de pernoite de modo continuado. A discussão levou ao acolhimento institucional como alternativa para a rua. Explicaram como compreendiam o Abrigo Residencial - AR:

AR é um abrigo fechado, sai só pra ir no colégio, do colégio pra casa. É que nem a Casa de Acolhimento, meu. (...) Tu sai, só que é colégio e casa. Tu sai pra ir pro colégio durante a semana, final de semana se tu tiver liberado tu vai pra casa (P.4, comunicação pessoal, 16.04.09).

Os participantes contaram diferentes histórias de meninos que foram levados pelo Ação Rua para unidades de acolhimento institucional. Quando questionados se eles próprios concordariam em permanecer nessas unidades, as respostas foram ambivalentes: ainda que dissessem que o acolhimento poderia ser bom, a preferência foi dispor de acesso a serviço socioeducativo e alimentação durante o dia e “continuar como está”. Ou seja, para esses jovens, a proposição de morar em um

abrigo não é vista como proteção, mas como imposição de limites para sua livre circulação na rua, o que é negativamente percebido. Ir para o abrigo não parece ser visto como uma continuidade, mas sim como uma ruptura, não somente com a rua, mas também com as relações socioafetivas com os amigos e com os trabalhadores que constituem sua rede social e mesossistema da rua, do qual o serviço de abordagem faz parte. Os jovens em moradia na rua apresentam muitas dificuldades para permanecer nos abrigos, e as falas no grupo focal referiram esses espaços como uma alternativa a ser evitada, assim como foram apontadas objeções às comunidades terapêuticas. A restrição ao uso de drogas certamente influencia nessa visão negativa, mas parece estar em questão a limitação à própria ideia de liberdade vivida na rua, pois os abrigos e outras instituições de caráter domiciliar, como as comunidades terapêuticas, representam uma rotina mais rígida. Tais espaços muitas vezes adotam um ideal normativo insustentável para pessoas com vivência de rua, sendo ocasionalmente espaços de violação de direitos humanos, contrariando inclusive pressupostos do cuidado em liberdade (CFP, 2011). Além disso, o afeto constituído nas relações na rua não encontra eco imediato nos abrigos (Ribeiro & Ciampone, 2002; Patias et al., 2017). O CONANDA (2008) aponta para a alternativa de se constituir abrigos especializados no atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua, que sejam mais flexíveis e atuem com portas abertas e de forma integrada com os serviços de abordagem. Por outro lado, é importante que os serviços de acolhimento institucional não sejam voltados a um público específico, sob pena de reiterar práticas de exclusão e limitar possibilidades de identificação com novas experiências.

O estudo de Santana et al. (2004; 2005) apontou o uso dos espaços de atendimento à situação de rua como uma forma de manutenção dos jovens nas ruas na medida em que utilizavam os locais somente para alimentação, cuidados de higiene e retornavam para a rua. No caso do grupo focal realizado no presente estudo, a hipótese de morar permanentemente na rua foi considerada de modo ambivalente: ainda que dissessem que não seria possível, apontaram a vontade de “*continuar como está*”. Portanto, conforme destaca a Teoria Bioecológica (Bronfenbrenner, 2005), é necessária a efetiva integração entre os serviços que compõem esse mesossistema de cuidado, de modo a fortalecer seus aspectos positivos: os serviços que encontram e acompanham os adolescentes em suas andanças e desafios no contexto da rua (abordagem social), e aqueles serviços que os acompanham na transição para espaços mais permanentes de cuidado,

como a casa, o acolhimento institucional e a escola. É importante que todos esses serviços contemplem a promoção de novas possibilidades de experiências positivas de integração social, como apontado pelos adolescentes e pela literatura, indo além de práticas estereotipadas (Lima & Moraes, 2016; Patias et al., 2017). Além disso, é fundamental que os educadores sociais de rua se constituam em referências pessoais para os jovens, sem, contudo, desfavorecer outros microssistemas, como a família ou a instituição de acolhimento. Nesse sentido, maior integração entre os serviços que atuam em meio aberto e aqueles que atuam em espaços institucionais, com acompanhamentos e ações cotidianas conjuntas, podem favorecer mútuo aprendizado de relações de cuidado e confiança, inspirado nas vivências positivas vividas pelos jovens com os educadores na rua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto como parte de um sistema de cuidado, o serviço de abordagem social estabeleceu relações e processos proximais de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2005) com os jovens, a ponto de seus trabalhadores serem reconhecidos como amigos. A informalidade do vínculo e o apoio emocional falam de um novo lugar para a relação com esse trabalhador social, estabelecida através de processos proximais. Ao engajarem-se em atividades de forma regular, trabalhadores e adolescentes aprofundam a familiaridade e o vínculo, num contexto em que há reciprocidade nas relações interpessoais. Isso pode ser observado nas mútuas expectativas de encontro, na relação horizontal estabelecida, no respeito construído, propriedades fundamentais das relações promotoras de desenvolvimento, segundo a Teoria Bioecológica. Dessa forma, as interações tornam-se progressivamente mais complexas, favorecendo que o adolescente experiencie formas de relação diferentes das vividas na família ou na rua. São ampliadas assim as perspectivas de seus projetos de vida, através da inclusão de outras possibilidades de inserção na vida social, seja pela escola aberta, pela vinculação a projetos sociais ou outros.

A presença constante dos trabalhadores sociais nos espaços da rua é fundamental para intervir com jovens em moradia na rua, pois cria uma estabilidade presencial que se contrapõe à imprevisibilidade da rua. Observa-se que o Ação Rua contribuiu para que ocorressem mais transições entre os diferentes microssistemas dos adolescentes. Tais transições ecológicas são promotoras de desenvolvimento e, especificamente para essa população, fator de integração em contextos sociais até então não acessíveis.

Portanto, serviços de abordagem social podem constituir microssistemas relevantes na vida de jovens em situação de rua, sendo que os processos proximais devem ser estabelecidos a partir do oferecimento de apoio social em todas as suas modalidades: apoio emocional (especialmente a partir da disponibilidade para a escuta e estabelecimento de relação de confiança), apoio instrumental (através de assistência em tarefas práticas), apoio informacional (através de orientação e oferta de informações de toda ordem, bem recebidas pelos adolescentes pois ofertadas a partir de uma relação de confiança), apoio afetivo (o que implica em demonstração de afeto e aceitação, como dar um abraço, sentar junto na calçada) e apoio de interação positiva (o “fazer junto”, como acompanhar nos primeiros contatos com demais serviços da rede de proteção).

A informalidade percebida na relação é um dos elementos fundamentais para que o apoio social opere, e a intervenção mostre sua potência. A presença na rua, a proximidade e a afetividade constituem essa informalidade e devem ser incorporadas a novas intervenções, especialmente em serviços de abordagem social. Entende-se que estes elementos, aliados à constância e regularidade da equipe, podem favorecer também intervenções dirigidas a outras populações em vulnerabilidade e risco social. A participação dos usuários de serviços no processo de avaliação favorece a própria compreensão quanto às intervenções/s e programas que lhes dizem respeito. Metodologias qualitativas favorecem a investigação desses espaços de intersubjetividade que caracterizam serviços de assistência a pessoas. A avaliação é, portanto, uma ferramenta de pesquisa-intervenção que possibilita construção de sentidos diante de uma realidade complexa, seja para usuários, gestores ou pesquisadores.

REFERÊNCIAS

- Bosi, M. L. M. (2014). Desafios atuais para a pesquisa qualitativa: Considerações no cenário da saúde coletiva brasileiro, *Forum Sociológico*, 24(1), 19-26. Disponível em <https://sociologico.revues.org/996>
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Câmara, M. F. B., Moraes, M. M., Medeiros, M., & Ferriani, M. G. C. (2000). Aspectos da assistência prestada a crianças e adolescentes em situação de rua no município de Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3(1). Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista3_1/rua.html
- Canesqui, A. M., & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103–1114.
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA (2008). *Orientações técnicas para os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*. Brasília: CNAS.
- De Antoni, C., Barone, L. R., & Koller, S. H. (2007). Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 125-132.
- De Antoni, C., Martins, C., Ferronato, M. A., Simões, A., Maurense, V., Costa, F., & Koller, S. H. (2001). Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 53(2), 38-53.
- Ferreira, V. V. de F., Littig, P. M. C. B., & Vescovi, R. G. L. (2014). Crianças e adolescentes abrigados: perspectiva de futuro após situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 165-174. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000100018>
- Finkler, L. (2011). *Avaliação de um projeto social para crianças e adolescentes em situação de rua e suas famílias*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS
- Finkler, L., Granzotto, A. P., Obst, J. E., & Dell’Aglia, D. D. (2008). Família e comunidade: repensando intervenções com crianças e adolescentes em situação de rua. In N. E. L. S. Valencio & A. A. Cordeiro (Eds.), *Anais do Seminário Nacional População em Situação de Rua* (pp. 51-60), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. Disponível em <http://www.senaposirua.ufscar.br/anais>.
- Gracia Fuster, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Graciani, M. S. S. (2009). *Pedagogia social de rua*. Análise e sistematização de uma experiência vivida (6ª ed.). São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire.
- Granpal/UFRGS (2004). *Perfis e mundo das crianças e adolescentes em situação de rua da Grande Porto Alegre*. Relatório de pesquisa. GRANPAL – Associação dos Municípios da Grande Porto Alegre, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_pesquisa_granpal.pdf

- Gregori, M. F. (2000). *Viração: experiências de meninos nas ruas*. São Paulo: Cia das Letras.
- Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 17(3), 135-154. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>
- Lemos, M. P. (2002). *Ritos de entrada e ritos de saída da cultura de rua: trajetórias de jovens moradores de rua de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Lima, R. F. F., & Morais, N. A. (2016). Caracterização qualitativa do bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes em situação de rua. *Temas em Psicologia*, 24(1), 01–15. Disponível em <https://doi.org/10.9788/TP2016.1-01>
- Macerata, I. M., & Passos, E. (2015). Intervenção com jovens em situação de rua: problematizando cuidado e controle. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 537-547. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p537>
- Magni, C. T., Schuch, P., Gehlen, I., & Dickel, I. K. (2008). Crianças e adolescentes em situação de rua em Porto Alegre. In I. Gehlen, M. B. Silva, & S. R. Santos (Eds.), *Diversidade e proteção social: estudos quanti-qualitativos das populações de Porto Alegre* (pp. 71-92). Porto Alegre: Century.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009). *Tipificação nacional de serviços socioassistenciais*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS.
- Morais, N. A., Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (Eds.), (2010). *Endereço desconhecido: crianças e adolescentes em situação de rua*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, Y. G., Silva, E. A., & Noto, A. R. (2009). Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicologia em Pesquisa*, 3(1), 31-46.
- Neiva-Silva, L., & Carvalho, F. T. (2007). Adolescência e drogas: intervenções possíveis. In C. S. Hutz (Ed.), *Prevenção e intervenção em situações de risco e vulnerabilidade* (pp. 163-203). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neiva-Silva, L., & Carvalho, F. T. (2010). *Estudo comportamental com crianças e adolescentes em situação de rua em Porto Alegre e Rio Grande: uso da técnica de Respondent Driven Sampling (RDS) para a identificação de comportamentos sexuais de risco e uso de drogas*. Relatório Técnico Analítico Final de Pesquisa do Programa Nacional de DST/AIDS.
- Oliveira, E. S. (2008). Crianças e adolescentes em situação de rua: imposição inexorável? A experiência da Associação de Apoio a Meninas e Meninos da Região Sé (AAMM). (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, Brasil). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-08102008-114916/pt-br.php>
- Oliveira, W. F. (2004). *Educação social de rua: as bases políticas e pedagógicas para uma educação popular*. Porto Alegre: Artmed.
- PAICA-Rua (Ed.), (2002). *Meninos e meninas em situação de rua*. Série Fazer Valer os Direitos: Cortez.
- Paludo, S., & Koller, S. H. (2008). Toda criança tem família: crianças em situação de rua também. *Psicologia & Sociedade*, 20, 42-52. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3093/309326454005/>
- Patias, N. D., Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2017). Imagens sociais de crianças e adolescentes institucionalizados e suas famílias. *Psicologia & Sociedade*, 29, e131636. doi: 10.1590/1807-0310/2017v29i131636
- Perez, O. C. (2005). *ONGs e governo: Um estudo sobre as organizações não-governamentais que trabalham com meninos(as) e rua no centro de São Paulo e as relações com a administração municipal*. Tese de doutorado, P.P.G. Sociologia da USP, São Paulo, Brasil.
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N., & Oliveira, R. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 135-143.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *The handbook of social support and the family* (pp. 3-23). New York: Plenum.
- Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA (2006). Projeto Ação Rua. Porto Alegre: FASC. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/acaoruaversaofinal2006_1.pdf
- Ribeiro, M. O., & Ciampone, M. H. T. (2002). Crianças em situação de rua falam sobre os abrigos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(4), 309-316.
- Rizzini, I., & Buttler, U. M. (2003). Crianças e adolescentes que vivem e trabalham nas ruas: revisitando a literatura. In I. Rizzini (Ed.), *Vida nas ruas. Crianças e adolescentes nas ruas: trajetórias*

- inevitáveis?* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, São Paulo: Loyola.
- Romans, M., Petrus, A., & Trilla, J. (2003). *Profissão educador social* (E. Rosa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Santana, J. P., Doninelli, T. M., Frosi, R. V., & Koller, S. H. (2004). Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 59-70.
- Santana, J. P., Doninelli, T. M., Frosi, R. V., & Koller, S. H. (2005). Os adolescentes em situação de rua e as instituições de atendimento: utilizações e reconhecimento de objetivos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 134-142.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support. An interactional view*. New York: John Wiley & Sons.
- Secretaria de Direitos Humanos - SDH/Instituto de Desenvolvimento Sustentável - IDEST (2011). Primeira pesquisa censitária nacional sobre crianças e adolescentes em situação de rua. Brasília: SDH/IDEST. Disponível em <http://www.teleios.com.br/wp-content/uploads/2011/03/Pesquisa-Censitaria-Nacional-sobre-Crianças-e-Adolescentes-em-Situacao-de-Rua-Mar-2011.pdf>
- Souza, M. G., Reis, M. L. A., Corrêa, N. M. B., & Giugliani, S. (2010). In N. A. Moraes, L. Neiva-Silva, & S. H. Koller (Eds.), *Endereço desconhecido: crianças e adolescentes em situação de rua* (pp. 465-498). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2001). *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp.
- Wills, T. A., Blechman, E. A., & McNamara, G. (1996). Family support, coping, and competence. In M. Hetherington & E. A. Blechman (Ed.), *Stress, coping, and resiliency in children and families* (pp. 107-133). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3.ed. Porto Alegre: Bookman.

Endereço para correspondência:

Lirene Finkler
 Av. Eduardo Prado, 695, casa 47
 CEP: 91751-000 – Porto Alegre/RS
 E-mail: lirenefinkler@yahoo.com.br

Recebido em 15/06/2017

Aceito em 11/08/2017

Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos

Street Office: perception of professionals and users about harm reduction

Helizett Santos de Lima^I
Eliane Maria Fleury Seidl^{II}

Resumo

O estudo objetivou descrever ações de Redução de Danos (RD) desenvolvidas no Consultório na Rua (CR) do município de Goiânia, segundo relatos de profissionais e de pessoas atendidas. Participaram nove profissionais e quatro usuários de álcool e outras drogas em situação de rua. A metodologia foi qualitativa com roteiros de entrevista e utilização da análise de conteúdo. Categorias foram identificadas a partir de relatos dos profissionais: *o foco do CR é RD e não abstinência; CR e RD favorecem escuta e vínculo*. Quanto aos usuários foram identificadas categorias como: *reduziu o consumo de substâncias psicoativas; equipe acompanha e orienta sobre RD*. As contribuições direcionam-se ao aperfeiçoamento das políticas públicas para a atenção de pessoas usuárias em situação de rua.

Palavras chave: redução de danos; drogas; serviços de saúde pública; profissionais de saúde.

Abstract

The study aimed to describe actions of Harm Reduction (HR), developed in the street office (SO) in Goiânia, according to reports from professionals and people served. Participants were nine professionals and four users of alcohol and other drugs on the streets. The methodology was qualitative with interview scripts and using content analysis. Categories have been identified from reports of professionals: *the focus of SO and HR is not abstinence; SO and HR favor listening and bonding*. Regarding users categories were identified: *reduced consumption of psychoactive substances; the team supports and advises on HR*. The research contributions are directed to the improvement of public policies to the attention of users of psychoactive substances on the streets.

Keywords: harm reduction; drugs; public health services; health personnel.

^ISecretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Estado de Goiás. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da Universidade de Brasília, Especialista em Saúde Mental e Saúde da Família.

^{II}Universidade de Brasília. Psicóloga, Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Doutora e Mestre em Psicologia pela UnB, Especialista em Saúde Pública, Coordenadora de GT ANPEPP Psicologia da Saúde em Instituições e na Comunidade, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

O uso de substâncias psicoativas (SPA) ocorre desde os primórdios da história da humanidade, mas tem se tornado tema recorrente em contextos diversos, motivo de novas políticas públicas e de mobilização social nas últimas décadas, em especial após o advento do crack. Pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso e abuso de SPA, entre as quais o crack, estão cotidianamente vivenciando situações de vulnerabilidade, devido à falta de acesso a serviços de saúde e a equipamentos sociais, além de serem vítimas de exclusão social e preconceito (Neri Filho, 2010; Santos & Ferla, 2016; Simões, 2008).

Para atender a essa população foram criados os Consultórios na Rua (CR), com equipes multiprofissionais volantes para atendimento *in loco*, que atuam de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução de Danos. A primeira experiência brasileira relacionada ao CR foi o “Banco de Rua”, no município de Salvador, estado da Bahia, vinculado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na década

de 1990. E a partir dessa experiência, o Ministério da Saúde (MS) resolveu ampliar esse dispositivo para todo o território brasileiro (Boryssol, Conill, & Furtado, 2017; Correia, 2010; Neri Filho, 2010; Londero, Ceccim, & Bilibio, 2014).

A redução de danos (RD) não é uma estratégia recente, mas ainda há muita controvérsia quanto à prática de suas diretrizes e ações, bem como quanto à sua definição. Muitas vezes suas ações e intervenções são vistas de forma preconceituosa, tanto por profissionais de saúde e da justiça, como pela sociedade civil. As ações de RD ainda são confundidas e rotuladas como práticas de incentivo ao uso de drogas (Andrade & Friedman, 2006; Buning, 2006; Cruz, 2006; Souza et al, 2017).

A partir dessas considerações, são apresentadas algumas definições de RD. Uma delas destaca que a redução de danos abarca um conjunto de medidas e ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicológica, social e econômica provocados pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução do consumo ou abstinência dessas

substâncias, sendo pautada nos direitos humanos e no direito de consumir drogas (Andrade et al., 2001; Inciard & Harrison, 1999; Nardi & Rigoni, 2005; Pollo-Araújo & Moreira, 2008). Os princípios da redução de danos estão voltados para o respeito ao usuário de SPA, à valorização de sua participação na mudança de comportamentos individuais e grupais no contexto em que está inserido, a partir do uso de diferentes estratégias e ações, bem como a viabilização das medidas de proteção e promoção da saúde. Enfim, preconiza a minimização de riscos e danos sociais e à saúde que o uso de drogas pode acarretar, a partir de mudanças atitude do usuário, de modo que o consumo ocorra de forma menos arriscada e danosa, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo (Andrade & Friedman, 2006; Dantas, Cabral, & Moraes, 2014; Delbon, 2006; Monteiro & Monteiro, 2010).

Visando a consolidação de um novo paradigma, alternativas foram apresentadas a partir da inserção de ações voltadas para a implantação da política de redução de danos no Brasil, ao promover uma mudança no modelo de atenção, com uma visão mais humanizada do usuário de substâncias psicoativas, buscando ainda formas inovadoras de aproximação e atendimento desses usuários (Andrade, 2011; Buning, 2006; Lima & Seidl, 2015).

Aspectos Históricos da RD

Diante desse contexto, ocorreu em 1989, a primeira experiência em RD no Brasil, na cidade de Santos em São Paulo que apresentava altos índices de infecção por HIV, cujas ações incluíram a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Essas ações foram interrompidas por determinação do Ministério Público, por serem entendidas como incentivo ao uso de drogas. No ano de 1994, a cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, com apoio e financiamento do MS, iniciou o primeiro projeto de intervenção com usuários de drogas injetáveis na perspectiva da redução de danos, que se tornou referência para todo o país (Andrade et al., 2001; Siqueira, 2006).

O desenvolvimento das ações de redução de danos no Brasil, e as primeiras parcerias entre governo e sociedade civil, estão diretamente relacionados à epidemia do HIV/aids. Em 1996, o governo brasileiro implantou o acesso universal ao tratamento da aids, ampliando os serviços públicos de diagnóstico e tratamento, priorizando a ética profissional, o sigilo e a confidencialidade. Ações do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (MS) foram relevantes para fortalecer estratégias de RD voltadas para a prevenção da infecção pelo HIV em usuários de drogas

injetáveis. Nessa perspectiva, Programas de Redução de Danos (PRDs) se estabeleceram em diversos municípios brasileiros, com financiamento do MS, desenvolvendo ações junto a usuários de drogas injetáveis no território, com estratégias que, além da troca de seringas, incluíam acolhimento e orientação sobre práticas sexuais seguras com base nas diretrizes da RD (Andrade, 2011).

No biênio de 1997 a 1998 ocorreu a criação de três Organizações Não-Governamentais (ONG), de alcance nacional e internacional, voltadas para as estratégias de redução de danos: a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD) e a Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (ABORDA) (Brasil, 2001; Chaibub, 2009).

Dentre as três ONGs, merece destaque a ABORDA que tem como objetivo o resgate da cidadania e da rede de interação social do (a)s usuário (a)s de drogas, e também a implantação, valorização e respeito ao trabalho realizado pelos (as) redutores (as) de danos, preconizando a atuação por pares. Portanto, garantir os direitos dos usuários de drogas e reconhecer os redutores e redutoras de danos como profissionais da saúde são consideradas prioridades dentre as ações da ABORDA (Chaibub, 2009; Siqueira, 2006).

Nesse contexto, ocorreram alguns marcos importantes como a implantação da Política Nacional Antidrogas, do Programa Nacional de Atenção Comunitária a Usuários de Álcool e outras Drogas em 2002 e, no ano de 2003, da Política para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Essas ações ocorreram sob a responsabilidade da Coordenação de Saúde Mental do MS e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Ministério da Justiça, bem como outras instituições governamentais e não-governamentais e a sociedade civil (Brasil, 2011; Chaibub, 2009; Domanico & MacRae, 2006).

Atualmente, em âmbito nacional, a Política Nacional de Redução de Danos (Portaria MS nº 1028/2005) está em vigência. Ela visa a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, não preconizando a abstinência e a cura como metas rígidas a serem alcançadas. Aponta para uma nova perspectiva no atendimento a essa população, com prioridade para a escuta, a formação de vínculo e o respeito aos direitos humanos. Outro aspecto dessa política é a busca da melhoria das condições de saúde, tratamento e reabilitação, qualidade de vida, resgate da cidadania, reinserção social e dignidade, enfim a inclusão social a que esta pessoa tem direito (Brasil, 2010b; César & Rodrigues, 2013; Dantas & Moraes, 2014).

Outra questão prioritária refere-se ao critério de sucesso no atendimento, conceito que na lógica da RD é totalmente diverso, pois trata-se de construir com a pessoa usuária algumas possibilidades, e ainda valorizar as mudanças nos padrões de uso, mesmo que pareçam imperceptíveis ou pouco importantes. Por isso é imprescindível que as ações de RD sejam realizadas em conjunto com os usuários de SPA, em seu local de moradia e/ou permanência, voltadas para o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização, ou seja, estratégias que privilegiarão a voz e vez do sujeito, bem como o seu território e horários estratégicos (Silveira, 2016).

É imprescindível ressaltar que as equipes de saúde que atuam nessa área devem contar com os redutores de danos, que são agentes de saúde capacitados para o acolhimento e atendimento a usuários de SPA, geralmente vinculados a uma associação como, por exemplo, a ABORDA. Os redutores de danos muitas vezes foram ou são usuários de SPA, aspecto que pode ser vantajoso em sua atuação no campo, pois tendem a ter conhecimento dos locais e rituais de uso, da linguagem utilizada pelos usuários, além de serem conhecidos. O trabalho desenvolvido é baseado em ações como: visitas em campo/local onde há consumo de SPA; apresentação do redutor e da proposta de trabalho; disponibilização do kit de RD; troca e distribuição de seringas; ações de educação continuada com informações, diálogo e distribuição de materiais informativos, como folders e folhetos; acolhimento; aconselhamento; e encaminhamento para rede de saúde pública, a partir da demanda dos usuários (Haiek, 2008; Siqueira, 2006).

Por isso, é imprescindível ressaltar que na redução de danos todas essas ações devem ser realizadas por redutores e/ou por profissionais de saúde capacitados, comprometidos com esse novo olhar, novo paradigma e, principalmente, sensibilizados para o trabalho. É preciso salientar que essas ações devem ocorrer de forma multidisciplinar, com a atuação de diferentes profissionais como psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros. Há necessidade ainda da articulação intersetorial, visto que o uso abusivo de SPA requer atenção de vários setores, como a saúde, a assistência social, a justiça, a educação, a cultura e a sociedade civil (César & Rodrigues, 2013; Dantas & Moraes, 2014; Souza *et al.*, 2017).

Consultórios na Rua

Os dispositivos consultórios na rua (CR) seguem os princípios do SUS: universalidade, integralidade da atenção à saúde e equidade. Ademais, norteiam suas

ações o respeito ao *modus vivendi* da população assistida, os princípios da promoção de direitos humanos, inclusão e reinserção social, enfrentamento do preconceito, combate ao estigma e resgate da cidadania, integrados com as políticas da área da saúde pública, e especialmente a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Os CR dispõem de uma equipe volante, multiprofissional, que se desloca em um veículo tipo kombi com identificação/logotipo, abastecidos com insumos para tratamento de situações clínicas comuns - como material para curativos e medicamentos, além de prevenção - como preservativos, cartilhas e folders informativos (Borysow & Furtado, 2017; Brasil, 2010c; Lima & Seidl, 2015).

Segundo relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2010):

Os Consultórios na Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (p. 10).

Os profissionais que atuam neste dispositivo devem ser técnicos com experiência nas áreas de saúde mental, atenção básica e/ou assistência social, incluindo educadores sociais, oficinairos e redutores de danos que desenvolvem trabalho extramuros, nos locais em que se encontram as pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso de substâncias psicoativas, prioritariamente a população jovem. O CR deve integrar a rede de saúde mental local, trabalhar com ações voltadas para a intra e intersetorialidade, possibilitar aos usuários o acesso a diversos serviços públicos existentes, articulados em rede, e de acordo com as demandas específicas da clientela atendida (Borysow & Furtado, 2017; Brasil, 2011; Valério & Menezes, 2010).

Essa nova estratégia de atendimento traz inúmeros desafios, como a busca do contato com o usuário *in loco*, na rua, bem como a identificação das necessidades e, demandas da clientela a partir de escuta da mesma. Esse conjunto de práticas tende a favorecer a

formação de vínculo com essa população, bem como a comunidade daquele território, podendo possibilitar até mesmo o contato com os traficantes da região. Seus principais objetivos são: minimizar a vulnerabilidade social, o sofrimento físico e mental; reduzir os riscos e danos à saúde; desenvolver ações de promoção da saúde e cuidados básicos no “espaço da rua”; bem como garantir o resgate da cidadania e respeito a essa população altamente estigmatizada (Borysow & Furtado, 2017; Brasil, 2011; Pacheco, 2014).

A presente pesquisa teve por objetivo descrever as ações de redução de danos desenvolvidas no cotidiano de trabalho do Consultório na Rua, segundo relatos dos profissionais e de pessoas atendidas pelo CR no município de Goiânia (GO).

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de cunho exploratório com metodologia qualitativa.

Participantes

Participaram da pesquisa nove profissionais, sendo três do sexo masculino e seis do feminino, com tempo de atuação no CR variando de um ano e seis meses a um ano e dez meses. A faixa etária foi de 24 a 39 anos, com média de idade igual a de 39 anos; quanto à escolaridade, três possuíam nível médio completo, seis tinham nível superior, sendo que três deles cursaram também especialização *lato sensu*. No que tange à experiência profissional anterior, os participantes atuaram em saúde mental, na assistência social com população em situação de rua, bem como em redução de danos.

O referido estudo contou com a participação de quatro usuários, duas pessoas do sexo masculino e duas do sexo feminino, sendo que todas referiram fazer uso de álcool e *crack*, e um era também tabagista. Os usuários tinham idade entre 23 a 37 anos e ensino fundamental incompleto; três pessoas viviam em união consensual, com companheiros que também estavam em situação de rua, e um era solteiro; duas participantes tinham filhos, sendo que uma delas estava grávida do quarto filho.

Os participantes foram designados com nomes de personalidades brasileiras ligadas a movimentos separatistas e à abolição. Assim, os nove profissionais receberam os nomes de Ana, Anita, Bárbara, Bento, Quitéria, Joana, Francisco, Garibaldi e Luisa. Os quatro usuários entrevistados foram nomeados Dandara, Cruz e Souza, Palmares e Veridiana.

Instrumentos

Foram utilizados roteiros de entrevistas individuais semiestruturados. O roteiro para profissionais abarcou questões sobre a atuação com base em redução de danos. Foi perguntado se o profissional considerava que a atuação do CR tinha por base a RD ou não, sendo solicitado que justificasse, caso a resposta fosse positiva, negativa ou que a atuação adotava os preceitos da RD parcialmente.

Nas entrevistas com os usuários as seguintes perguntas foram feitas: se a prática de uso de álcool e outras drogas mudou após o atendimento do CR, com as seguintes alternativas: (1) se sim, por quê? (2) se não, por quê? Outra pergunta indagou se os atendimentos recebidos mudaram a vida do usuário na rua, com detalhes sobre o que mudou. As questões de ambas as entrevistas, além de contribuir para a identificação de eixos temáticos, também foram norteadoras do processo de análise dos dados.

Dados sociodemográficos foram obtidos mediante aplicação de questionários específicos.

Procedimento de Coleta de Dados

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Protocolo 169/11). Todos os participantes (profissionais e usuários) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas com os profissionais foram realizadas no CAPS ad I Girassol e tiveram duração média de quarenta minutos. Quanto ao tempo das entrevistas realizadas com os usuários, a duração foi de vinte minutos em média e ocorreram na rua. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes.

Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os procedimentos de análise de conteúdo (Bardin, 2009) foram utilizados. Primeiramente foi realizada a leitura flutuante dos relatos transcritos. Em um segundo momento procedeu-se à leitura mais detalhada, conforme os eixos temáticos norteados pelo roteiro da entrevista. Os relatos foram analisados e categorizados pelas duas pesquisadoras, de modo independente. Em seguida, estas levaram em conta a concordância de suas análises no que tange à identificação, nomeação e frequência das categorias. Trechos de relatos dos participantes foram selecionados para exemplificar as categorias identificadas.

RESULTADOS

Entrevistas com Profissionais do CR

No eixo *atuação com base em redução de danos* - que discuti a prática profissional no Consultório na Rua e a RD, em três possibilidades, segundo suas percepções: (1) se a atuação se dava com base na RD; (2) se seguia em parte a RD; (3) se a atuação não seguia as diretrizes da RD. Sete participantes concordaram com a primeira alternativa e dois afirmaram que a atuação adotava parcialmente as estratégias de RD. A partir dessa resposta, foi solicitado que justificassem sua escolha, o que permitiu a identificação de categorias.

No que tange à percepção de que o CR pauta sua atuação na RD foram identificadas oito categorias, a partir de relatos dos participantes que justificaram essa posição: *foco do CR é RD e não a abstinência; CR e RD propiciam acesso ao cuidado; CR e RD favorecem escuta e vínculo; CR e RD reduzem preconceitos; CR e RD minimizam sofrimento; CR e RD valorizam o respeito para com o outro; CR e RD precisam de rede de atendimento; CR e RD estão integradas às políticas de saúde mental; CR e RD precisam de educação permanente; e CR e RD precisam de insumos.*

A primeira categoria – *o foco do CR é RD e não a abstinência* – apareceu na fala de dois participantes ao descreverem que o trabalho do CR tem como foco as ações de RD e não a exigência de interrupção do uso de SPA, posição ilustrada em trecho do relato de Anita: *“se você chega ali numa atitude de exigência de abstinência, ou numa atitude mais moralista, mais punitiva, você continua jogando esse morador para essa marginalidade de cuidados”*.

Com relação à categoria *CR e RD propiciam acesso ao cuidado*, os relatos de três profissionais contribuíram com essa categoria ao ressaltarem as ações da equipe do CR voltadas para o diálogo com os usuários acerca da importância dos cuidados consigo mesmo, de forma diária, no contexto do uso e abuso de SPA e da vivência nas ruas, tal como mencionado por Luisa: *“tudo é relacionado a redução de danos, nosso foco não é a abstinência, é levar saúde, reduzir danos, fazer com que ela se cuide, possa se perceber, perceber que existem estratégias, outros caminhos, outras possibilidades”*.

Quanto a *CR e RD favorecem escuta e vínculo*, houve duas falas que relataram as estratégias de atuação do CR, voltadas para uma escuta diferenciada, bem como a formação de vínculo com a população atendida pela equipe e também as ações de RD, merecendo destaque o relato de Joana: *“a nossa proposta é de aos pouquinhos,*

na medida em que a gente vai se aproximando, conhecendo o morador, adquirindo esse vínculo, depois que adquire essa confiança, falar um pouquinho da redução de danos”.

A categoria *CR e RD reduzem preconceitos* apareceu no relato de Ana, que em sua fala trouxe a importância da redução de danos voltada para minimizar preconceitos direcionados à população atendida pelo CR, bem como a valorização desses usuários como sujeitos, cidadãos e principalmente seres humanos:

porque ele descobriu com a nossa maneira de tratá-lo, que é visto, e merece ser visto do seu melhor lado e que tem este lado (...) vamos respeitá-lo, vê-lo de verdade, ao invés de olhar e ficar julgando, está errado, isso não pode, eu estou certo. Enxergar alguém como ser humano é redução de danos, agora ter a coisa pré-concebida, se isso está errado ou está certo, isso se faz, ou não se faz, é preconceito. (Ana, comunicação pessoal, sem data)

No que tange à categoria *CR e RD minimizam sofrimento*, o relato de Francisco foi ilustrativo, ao falar sobre a necessidade da redução de danos ser mais conhecida, pois propicia a minimização do sofrimento de usuários de SPA em situação de rua: *“toda ação do Consultório de Rua é baseada na redução de danos, que precisa ser bastante discutida, se tornar conhecida de todo mundo, e principalmente todos que atuam no sentido de minimizar danos, sofrimento e acolher o outro”* (Francisco, comunicação pessoal, sem data).

A categoria *CR e RD valorizam o respeito para com o outro* apareceu na fala de Ana, com a descrição do trabalho do CR baseado na RD com foco no respeito ao usuário:

a redução de danos fala que vamos lidar com essa pessoa, respeitando-a, estudando com ela o que pode fazer, e não tirando dela algo que está ali com uma função (...). Redução de danos é respeito, e nós vamos respeitá-la, vamos vê-la de verdade, é enxergar alguém como ser humano. (Ana, comunicação pessoal, sem data)

CR e RD precisam de educação permanente foi uma categoria que emergiu na fala de Garibaldi, ao mencionar que o trabalho do CR com base na RD, necessita de educação permanente:

a questão das capacitações, tem que ser um processo permanente, fazer parte da estrutura

de toda Secretaria, todo tipo de governo, com o envolvimento de alguma unidade específica que trate sobre as capacitações. Então isso tem que fazer parte, não tem mais como trabalhar sem a perspectiva da redução de danos. (Garibaldi, comunicação pessoal, sem data)

A categoria *CR e RD precisam de insumos* foi evidenciada no relato de Bento, que ressaltou a necessidade de insumos para a realização do trabalho com foco em RD:

a gente depende de insumos (...) se você usar o cachimbo vai queimar os lábios, se dividir o cachimbo pode adquirir ou transmitir uma doença infectocontagiosa. Então tem alternativa, como fazer um cachimbo com um copo de água, porque o vapor inalado vem menos quente, prejudica menos os pulmões, os brônquios, com risco menor de queimadura, mas às vezes a gente não tem o copinho de água nem para beber. (Bento, comunicação pessoal, sem data)

No que tange à afirmação de dois profissionais que referiram que a atuação do CR adotava parcialmente as estratégias de RD, a partir do discurso de um participante foi evidenciada uma categoria: *atuação é parcial, pois faltam insumos*. É importante ressaltar que o outro entrevistado não justificou sua resposta. O relato de Bento destacou a importância das orientações e divulgações de materiais impressos acerca de redução de danos e ressaltou que a falta de insumos compromete a realização do trabalho do CR:

acho que é em parte, por questões que às vezes fogem do nosso alcance, porque a gente procura fazer orientação, divulgação das alternativas só que em algumas situações (...) não há o folheto do município, então é em parte, mas não por quem está atuando, porque se tivéssemos tudo na mão, faríamos tudo, mas não temos. (Bento, comunicação pessoal, sem data)

Entrevistas com Usuários Atendidos pelo CR

Dois eixos temáticos e suas categorias são apresentados, exemplificadas com trechos de relatos dos participantes: *mudança da prática de uso de SPA após atendimento no CR* e *mudança da vida na rua após atendimento no CR*.

No primeiro eixo, que investigou se a prática do uso de álcool e outras drogas mudou após o atendimento do CR, três entrevistados responderam afirmativamente, sendo que um deles relatou que mudou um pouco. No que se refere aos motivos para as mudanças nesse uso, foram identificadas seis categorias a partir dos relatos daqueles que afirmaram que houve mudanças: *por causa da consulta com o dentista; reduziu o consumo de SPA e fez substituição do crack; passou a ter alimentação mais saudável e fazer ingestão de doce; porque a equipe acompanha e orienta sobre RD; porque eles ajudam a gente a sair da rua; e para evitar o sofrimento de ficar internado*.

A primeira categoria *por causa da consulta com o dentista* apareceu nos relatos de dois participantes, que falaram acerca da necessidade de não usar SPA um dia antes da realização do atendimento odontológico, bem como os cuidados e orientações da equipe acerca desse fato, o que pode ser exemplificado na fala de Veridiana:

uai, nós tava mesmo, a um tempo atrás, engatado, o dia que era pra mim ir no dentista, fazer um exame, alguma coisa. Então ele (profissional do CR) falava: Veridiana amanhã você tem dentista, então começa hoje, não bebe, nem usa droga, não fuma. Então eu ficava com aquilo na cabeça, hoje não vou fumar, não vou beber que amanhã tenho dentista. Eu não usava, porque eles tinham pedido pra mim, que tinha dentista. (Veridiana, comunicação pessoal, sem data)

Com relação a *reduziu o consumo de SPA e substituição do crack* os quatro participantes fizeram menções a essa categoria, com descrições de ações e estratégias de RD relacionadas às suas práticas de consumo de SPA, bem como a substituição do uso de crack por outras substâncias, exemplificada nos seguintes relatos: *“Diminuiu, eu durmo demais (...) mas é a verdade, quando a gente não usa (crack) dá sono”* (Dandara, comunicação pessoal, sem data); *“tem dia que eu uso, fumo só a maconha, que fuma, dorme, come”* (Veridiana, comunicação pessoal, sem data); *“Graças a Deus eu não bebo, as drogas eu reduzi muito, estou me alimentando melhor, não to dormindo mais de madrugada, não tem pesadelo, nem tem que acordar cedo, por causa de polícia”* (Palmares, comunicação pessoal, sem data).

Quanto a *passou a ter alimentação mais saudável e fazer ingestão de doce*, essa categoria pode ser evidenciada no relato de Veridiana, que valorizou a necessidade de ingestão de doce, bem como de uma alimentação mais nutritiva:

eu não passei mal pela barra de chocolate, (...) uma carne de porco que assaram mal e eu passei mal de manhã, (...) nós comeu, uma barra de chocolate mesmo, eu, meu bem e mais o outro que trouxe. Então a alimentação, graças a Deus é bem certinha (Veridiana, *cunicação pessoal*, sem data).

Na categoria *porque a equipe acompanha e orienta sobre RD* houve relatos de dois participantes que destacam as orientações da equipe acerca da RD durante as abordagens/atendimentos: *“melhorou bastante, agradeço mesmo é ao Consultório de Rua, as orientações deles, tudo”* (Cruz e Souza, *cunicação pessoal*, sem data); *“eu pensava assim, vou fazer o que eles estão pedindo, e não usava. Nós passava uns três dia desandado, mas passava uns três dia já dormindo e comendo”* (Veridiana, *cunicação pessoal*, sem data).

Quanto a *porque eles ajudam a gente a sair da rua*, Cruz e Souza relatou a importância das orientações da equipe sobre a possibilidade dos usuários saírem da rua: *“porque eles que ajuda a gente a sair daqui (da rua), né, dá muito conselho sair das drogas, né, sair da bebida”* (Cruz e Souza, *cunicação pessoal*, sem data).

A categoria *para evitar o sofrimento de ficar internado* foi identificada no relato de Palmares, que falou sobre o seu sofrimento quando ficou internado por causa do abuso de SPA: *“eu fiquei internado oito dias, no hospital, tomando injeção, era uma seis hora da manhã e uma de noite, ai eu falei, desse jeito eu num guento não”* (Palmares, *cunicação pessoal*, sem data).

Quanto às modificações de comportamento no uso de SPA do participante que respondeu que mudou um pouco, foi identificada uma categoria: *reduziu, mas usa SPA quando está com raiva*. Palmares afirmou que houve redução do consumo e a melhoria em sua alimentação, mas que quando tem sentimentos de raiva faz uso de SPA: *“assim, um pouco, maneirei um pouco (...) tomo suco, refrigerante, eu tô tomando demais (...), só quando eu tô com raiva, eu penso que é o remédio (a droga), mas não é o remédio”*.

O eixo *mudança da vida na rua após atendimento no CR* procurou investigar a relação entre o atendimento e o acompanhamento do CR e possíveis mudanças na vida dos usuários de SPA no contexto da rua. Quando perguntados se os atendimentos mudaram sua vida na rua, dois não responderam e dois afirmaram que houve mudanças, o que permitiu a identificação de uma categoria: *os atendimentos mudaram tudo na minha vida*. A fala de Veridiana é ilustrativa ao afirmar que os atendimentos realizados pelos profissionais do CR mudaram

sua vida no contexto de rua: *“tudo que eu falei pra você, eles mudaram tudo na minha vida”*.

DISCUSSÃO

No que tange às ações de redução de danos e possíveis mudanças na relação entre equipe e população atendida, pode-se perceber, segundo os relatos dos profissionais, que estes compreenderam e descreveram de forma abrangente a concepção de RD, aliando teoria e prática. Portanto, os profissionais relataram ações e intervenções cotidianas com base em RD, de forma integrada entre os membros da equipe e também com a participação dos usuários. Esse objetivo do estudo apareceu nas categorias *CR e RD propiciam acesso ao cuidado; CR e RD favorecem escuta e vínculo; CR e RD precisam de educação permanente; e CR e RD precisam de insumos*.

A partir do discurso dos entrevistados, é possível concluir que a equipe realiza o trabalho com base em ações e intervenções baseadas nos princípios norteadores da Política Nacional de Redução de Danos. A PNRD preconiza o respeito ao usuário de SPA, a minimização de riscos e danos à saúde, atenção em saúde integral ao usuário de álcool e outras drogas, não preconiza a abstinência e a cura como os únicos objetivos do atendimento/tratamento. Ademais, prioriza a realização de ações em campo, tais como: troca de seringas, disponibilização de kit de RD, ações de educação em saúde, diálogo, acolhimento e aconselhamento, tal como destacado na literatura (Haiek, 2008; Siqueira, 2006).

A PNRD recomenda, em suas diretrizes, prioridade para a escuta, formação de vínculo, visão flexível e não preconceituosa acerca do uso e abuso de SPA, bem como a necessidade de ampliação e integração com a rede de saúde pública, para que a equipe possa melhorar a cobertura em sua área de abrangência. Ressalta, também, a ênfase na melhoria das condições de saúde, não exigência de abstinência, possibilidade de tratamento e reabilitação, a partir do desejo e motivação do usuário. Por isso foi incluída a investigação sobre a mudança na prática do uso de SPA após o atendimento no CR, que gerou categorias como *por causa da consulta com o dentista; porque ocorreu a redução do consumo de SPA e substituição do crack; porque a equipe acompanha e orienta sobre RD*. É possível concluir que as mudanças ocorridas estão diretamente relacionadas às diretrizes da PNRD, sendo aceitas pelos usuários e incorporadas no contexto do uso de SPA, bem como viver em situação de rua (Borysow & Furtado, 2017; Pacheco, 2014).

A categoria *os atendimentos mudaram tudo na minha vida* é uma forma de avaliar as mudanças ocorridas após o atendimento e acompanhamento do CR. É importante ressaltar que a partir do momento que a equipe acessa os usuários, consegue a formação do vínculo e oferece cuidados baseados na demanda da clientela atendida, bem como na escuta, diálogo e respeito aos direitos humanos, os profissionais conseguem levar algo além dos cuidados de saúde, pois ofertam a possibilidade de iniciar uma mudança de vida em todos os aspectos e, principalmente, o resgate desse ser humano, de sua dignidade e cidadania (Pacheco, 2014; Siqueira, 2006).

Os resultados deste estudo foram norteadores para algumas constatações importantes, dentre elas: a legislação e políticas públicas no Brasil estão voltadas para a prioridade da atenção integral e humanista do usuário de SPA; existem serviços como os CR que atuam, em sua prática rotineira e cotidiana, de acordo com os princípios da PNRD e da Política Nacional de Saúde Mental; o trabalho realizado em equipe multidisciplinar se torna essencial nessa área; o vínculo da equipe com a clientela atendida é imprescindível; e os usuários precisam estar inseridos e se fazer reconhecer na construção do processo de atenção integral, priorizando o diálogo, a escuta e as suas demandas.

REFERÊNCIAS

- Andrade, T., Lurie, P., Medina, M.G., Anderson, K., & Dourado, I. (2001). The opening of South America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids and Behavior*, 5, 51-64. doi:10.1023/A:1009559405477
- Andrade, T.M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. doi: 10.1590/S1413-81232011001300015
- Andrade, T.M., & Friedman, S. R. (2006). Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (p. 395-400). São Paulo: Atheneu.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Borysow, I. C., Conill, E. M., & Furtado, J. P. (2017). Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 879-890. doi: 10.1590/1413-81232017223.25822016
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids (2001). *A contribuição de estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2010a). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: SENAD.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental (2010b). *Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental (2010c). *Consultórios de Rua do SUS - Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buning, E. (2006). Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp. 345-354). São Paulo: Atheneu.
- César, E.A.F., & Rodrigues L.B. (2013). Os CAPS AD, as Comunidades Terapêuticas e o “usuário de drogas”: polêmicas e paradoxos. *A Cor das Letras – UEFS*, 14, 209-220. doi:10.13102
- Chaibub, J. R. W. (2009). “Entre o mel e o fel: drogas, modernidade e redução de danos”. *Análise do processo de regulamentação federal das ações de redução de danos ao uso de drogas*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Correia, L. C. (2010). *Marco legal e institucional sobre substâncias psicoativas no Brasil: conhecer para cuidar*. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 61-71). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/ Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Cruz, M. S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In O. Cirino & R. Medeiros (Eds.), *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.
- Dantas, S., Cabral, B., & Moraes, M. (2014). Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas,

- prevenção e redução de danos. *Saúde em Debate*, 38, 539-550. doi: 10.5935/0103-1104.20140050
- Delbon, F. (2006). Redução de danos aplicada ao tratamento da dependência de drogas: achados de uma intervenção em grupo. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 387-394). São Paulo: Atheneu.
- Domanico, A., & MacRae, E. (2006). Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 371-379). São Paulo: Atheneu.
- Haiek, R. (2008). Redução de danos para drogas injetáveis. In M. Niel & D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 21-28). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.
- Inciard, J. A., & Harrison, L.D. (1999). *Introducción: the conception of harm reduction*. In J. A. Inciard, & L.D. Harrison, (Eds.), *Harm reduction: national and internacional perspectives* (pp. vii-xix). California: Sage Publications.
- Lima, H. S., & Seidl, E. M. F. (2015). Consultório na Rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicologia em Estudo*, 20, 57-69. doi: 10.4025/psicolestud.v20i1.24697
- Monteiro, L. F., & Monteiro, A. M. C. (2010). A clínica de rua: pressupostos teóricos-clínicos para uma intervenção no âmbito do Consultório de Rua. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 34-42). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Nardi, H.C., & Rigoni, R.Q. (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10, 273-282. doi: 10.1590/S1413-73722005000200014
- Neri Filho, A. (2010). Apresentação CETAD. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 9-10). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Pacheco, M. E. A. G. (2014). Políticas públicas e capital social: o projeto consultório de rua. *Fractal*, 26, 43-58. doi: 10.1590/S1984-02922014000100005
- Pollo-Araújo, M.A., & Moreira, F. G. (2008). Aspectos históricos da redução de danos. In M. Niel & D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 11-19). São Paulo: PROAD/ UNIFESP.
- Santos, F.F., & Ferla, A.A. (2017). Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu) – Comunicação, Saúde, Educação*, v.20, Interface (Botucatu), ahead of print Epub 23-Fev-2017. doi: 10.1590/1807-57622016.0270
- Silveira, R. W. M. (2016). Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. *Revista do NUFEN*, 8(1), 110-128.
- Simões, J. (2008). Prefácio. In B. C. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. McRae & H. Carneiro (Eds.), *Drogas e cultura: novas perspectivas* (pp.13-22.). Salvador: EDUFBA.
- Siqueira, D. J. R. (2006). *Convivência numa sociedade com drogas. Maldito cidadão numa sociedade com drogas*. São Caetano do Sul: King.
- Souza, D. R., Oliveira, M. A. F., Soares, R. H., Domanico, A., & Pinho, P. H. (2017). Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. *Journal of Nursing and Health*, 7, 16-24.
- Valério, A. L. R., & Menezes, A. C. C. (2010). A Rede de Atenção ao usuário de SPA em contexto de rua. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 54-60). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Endereço para correspondência:

Helizett Santos de Lima
 Rua Cristovão Colombo, Qd.136 Lt. 08
 CEP: 74705130 – Setor Palmito, Goiânia/GO.
 E-mail: helizettlima@gmail.com

Recebido em 09/06/2017

Aceito em 11/08/2017

Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais.

A research-intervention about the prevention of STI/HIV with lesbian and bisexual women.

Monique Cristina Henares Batista¹
Gustavo Zambenedetti^{II}

Resumo

Esta pesquisa buscou discutir estratégias de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis(IST's)/HIV e proporcionar um processo grupal participativo entre lésbicas e bissexuais. Foi utilizada a pesquisa-intervenção, seguindo o referencial analítico-institucional. Foram selecionadas cinco participantes (duas lésbicas e três bissexuais), com as quais foram realizados três grupos focais. As experiências de prevenção das participantes tiveram caráter prescritivo, biomédico e heteronormativo. Foi relatado falta de preparo dos profissionais de saúde para atendimento dessa população, contribuindo para sua invisibilização e vulnerabilidade. Como efeitos da pesquisa, houve a sensibilização das participantes em relação ao tema e o seu deslocamento de uma experiência individual/privada para um plano coletivo. Foi criado um folder, visando constituir-se como um modo de dar visibilidade e inserir as vivências lésbicas e bissexuais no curso histórico.

Palavras chave: vulnerabilidade; prevenção; IST; lésbicas; bissexuais;

Abstract

This research aimed to discuss preventing strategies of STI/HIV and provide a participatory group process among lesbians and bisexuals women. The research-intervention was used, following analytical-institutional framework. Five participants (two lesbians and three bisexuals) were selected, with whom three focal groups were performed. The participants' prevention experiences were prescriptive, biomedical and heteronormative. It was reported a lack of preparation of health professionals to attend this population, contributing to their unfeasibility and vulnerability. As effects of the intervention of research, there was sensitization of the participants in relation to the theme and their displacement from an individual/private experience to a collective plan. A folder was created, aiming to constitute as a way to give visibility and insert the lesbian and bisexual experiences in the course of history.

Keywords: vulnerability; prevention; IST; Lesbians; Bisexuals;

¹Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro)/PR.

^{II}Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro)/PR. Mestre e Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro)/PR.

Pouco mais de três décadas após o início da pandemia de AIDS, com o desenvolvimento de medicamentos e tratamentos que estabilizam o HIV, a prevenção e a educação em saúde continuam sendo um dos principais focos de formulação de políticas e ações neste campo. A prevenção primária é constituída por medidas que visam evitar a instalação de agentes que possam causar doenças (Czeresnia, 2009). No caso das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)-Aids, a prevenção primária apoia-se nos métodos de barreira, como o uso de preservativo, o qual tem se constituído como um dos principais focos das políticas públicas brasileiras. A prevenção está atrelada a um exercício de educação em saúde, compreendido enquanto um processo de transformação do sujeito na relação com seu corpo e sexualidade. Existem diferentes modelos de prevenção em saúde, conformando uma heterogeneidade de abordagens. Meyer, Mello, Valadão & Ayres (2006), Ayres (2002), Paiva (2000), criticam os modelos centrados na prescrição de condutas, onde os técnicos supostamente sabem e prescrevem o que é melhor para o outro, com o pressuposto de que a prevenção seria

algo a ser ensinada, numa perspectiva racional-cognitiva. Também criticam as pedagogias do medo, centradas na doença e seus aspectos biomédicos. Segundo Ayres (2002), a primeira lição aprendida, ainda no início da epidemia, “é que o caminho do terror, do susto, de que quanto mais assustadora a propaganda melhor seu efeito preventivo, é extremamente limitado” (p. 14)

Da crítica a esses modelos surgem novas experiências e propostas. Entre as características consideradas inovadoras, reside a proposição de que elas sejam construídas “em conjunto” com as pessoas e grupos afetados e não apenas “para” eles, suscitando a emergência de pesquisas e ações no campo assistencial com caráter participativo. Neste contexto, o conceito de vulnerabilidade passa a orientar as ações de prevenção e educação em saúde (Meyer et al, 2006; Ayres, França-Jr, Calazans, & Saletti Filho, 2008; Paiva, 2008). A vulnerabilidade é concebida como “esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que

acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento” (Ayres et al, 2008, p. 127).

O gênero, enquanto um marcador social, constitui-se como um importante aspecto a ser considerado nas análises de vulnerabilidade, possibilitando analisar as construções sociais em relação ao masculino e feminino. Para Scott (1995), o gênero pode ser compreendido como um saber construído historicamente acerca das diferenças sexuais e das hierarquias estabelecidas através dessa diferenciação. Segundo Louro (2000), a sexualidade, longe de ser algo natural e vivido universalmente da mesma forma, envolve linguagem, representações, símbolos, rituais, fantasias, enfim, processos culturais e plurais que não se esgotam. É constituída historicamente a partir de discursos “que regulam, normatizam, instauram saberes, que produzem ‘verdades’” (Louro, 2000, p. 6).

Considerando-se uma inquietação dos autores despertada pela percepção de uma inexistência de campanhas ou ações de prevenção direcionadas às mulheres lésbicas e bissexuais, surgiu o interesse na realização de uma pesquisa que pudesse se aproximar desse público e de suas percepções sobre o tema. Carvalho, Souza & Calderaro (2013), desenvolvem a compreensão de que houve um apagamento histórico das vivências lésbicas, refletindo-se - em nosso tempo presente -, na quase ausência de políticas de saúde específicas para este público. Palma e Orcasita (2017) referem a existência de um vazio de informações acerca da prevenção entre mulheres lésbicas e bissexuais, a despeito do crescimento das infecções pelo HIV, colocando como pauta do dia a criação de diretrizes de intervenção para esta população.

Diante disso, propusemos uma pesquisa com os seguintes objetivos: - conhecer a percepção e as estratégias de prevenção às IST/Aids entre mulheres lésbicas e bissexuais; - proporcionar um processo grupal participativo e de coanálise sobre o tema da prevenção entre lésbicas e bissexuais; - criar um material educativo, em caráter participativo, que expressasse o que esse grupo considera importante no tocante ao tema da prevenção às IST/Aids.

MÉTODO

Utilizamos a abordagem da pesquisa-intervenção, seguindo o referencial da análise institucional. A pesquisa-intervenção é uma metodologia de pesquisa que consiste em “uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades” (Rocha & Aguiar, 2003, p. 66)¹.

¹ A pesquisa recebeu apoio da Fundação Araucária, através de bolsa de Iniciação Científica (IC), vinculada ao edital de Ações Afirmativas (AF), atribuída ao primeiro autor.

Essa metodologia visa a um comprometimento ético que vai além do campo enquanto lugar para coleta de dados, percebendo-o como um espaço de fazer político, que busca romper com a lógica de pesquisador como detentor do saber. A pesquisa-intervenção também visa pôr em análise “as instituições que determinam a realidade sócio-política e os suportes teórico-técnicos, construídos no território educacional. Não há, portanto, o que ser revelado, descoberto ou interpretado, mas criado” (Aguiar & Rocha, 2003, p.72).

Para a seleção das participantes, foi utilizada a técnica denominada “snowball” (bola de neve), que consiste em uma rede de indicações, utilizando cadeias de referências “onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo” (Baldin & Munhoz, 2011, p. 332). Foram selecionadas duas participantes-chave, vinculadas a uma ONG LGBT do município de Irati-Paraná, que indicaram mais 2 participantes cada, as quais foram convidadas a participar da pesquisa. Entretanto, uma das mulheres indicadas não compareceu aos grupos, resultando em 5 participantes, todas universitárias, com idades de 18 a 24 anos, que se auto classificaram como lésbicas ou bissexuais.

O grupo focal foi escolhido como dispositivo pois possibilita a produção dos dados em interação entre os participantes (TRAD, 2009), ativando um potencial transformador de suas percepções/ações, em consonância com as prerrogativas da pesquisa-intervenção. A Análise Institucional propõe trabalhar com o grupo instituinte, onde o próprio grupo possa produzir novas maneiras de se organizar, explicitando os processos que o atravessam. Trabalha também com os conceitos de Auto-análise e Auto-gestão, que consistem em processos nos quais o próprio coletivo percebe suas demandas, avalia as condições em que estão e se tornam protagonistas na tomada de decisão sobre as próprias problemáticas (Baremlitt, 2002). Cabe ao pesquisador auxiliar nesse processo grupal, porém, sem assumir a posição de quem teria as soluções preestabelecidas.

Foram realizados três grupos focais, sendo que as cinco participantes estiveram presentes em todos eles. No primeiro o tema-foco foi a compreensão acerca da percepção das participantes sobre a prevenção e o interesse no debate sobre o tema. O segundo encontro teve como temas-focos: o levantamento de aspectos que elas consideram pertinentes no âmbito da prevenção; identificação das vulnerabilidades da população lésbica e bissexual; análise da proposta e construção de um esboço de um material que pudesse expressar as informações que as participantes consideram importantes acerca

do tema da prevenção às IST/Aids entre lésbicas. No terceiro grupo foi discutida a construção de um folder, suas potencialidades e as limitações dos meios de prevenção entre lésbicas e bissexuais. Este momento também marcou a restituição da pesquisa, compreendido como um momento de colocar em análise os resultados e as interpretações realizadas através da pesquisa. Nessa perspectiva, trata-se de assumir uma relação entre pesquisador e participante que não é neutra: “se a população estudada recebe esta restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de ‘pesquisador-coletivo’, sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores” (Lourau, 1993, p. 56). Os grupos foram áudio-gravados e transcritos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Durante o processo de pesquisa, a primeira autora, na posição de pesquisadora e orientanda de Iniciação Científica, e o segundo autor, na condição de orientador, reuniam-se antes e após a realização de cada grupo focal, buscando analisar os movimentos em curso no processo de pesquisa. Além disso, discutiam também o uso de conceitos-ferramentas que pudessem auxiliar na leitura do processo de pesquisa. Em uma conversa com Foucault, Deleuze afirma que “uma teoria é como uma caixa de ferramentas (...). É preciso que sirva. É preciso que funcione” (Foucault & Deleuze, 1979, p. 71). Nesta perspectiva, os conceitos são operativos da realidade, auxiliando no processo de desnaturalização dos fenômenos.

No exercício de análise dos dados para a redação deste artigo, procedemos a leitura do material transcrito e das memórias das discussões realizadas em supervisão. Guizardi, Lopes e Cunha (2011) afirmam que assumir uma perspectiva institucionalista implica em “buscar olhar com estranhamento para o nosso cotidiano, para a maneira como em nossa sociedade se constroem relações que nos parecem tão naturais, a ponto de não conseguirmos pensar que elas poderiam ser diferentes” (p. 200). Acompanhando esse pensamento, buscamos identificar, durante a leitura do material, os momentos da pesquisa em que movimentos de ruptura foram produzidos, possibilitando evidenciar o tensionamento entre as forças instituídas e instituintes.

O campo da saúde é perpassado por diferentes modelos e saberes, em tensionamento, em disputa. Nesse sentido, prevenção e gênero serão analisados, sob a ótica institucionalista, como instituições (Baremblytt, 2002), na medida em que conformam um conjunto heterogêneo de regras e normas (formais e informais) que se insinuam sobre os modos de vida e os modos

pelos quais nos tornamos sujeitos. Enquanto instituições, possuem movimentos de transformação, denominados “instituintes”, e movimentos de estabilização e sedimentação, denominados de instituídos.

Tendo por base essa compreensão, produzimos cinco linhas de análise, as quais colocam em evidência tais movimentos de ruptura, confrontação ou cristalização ao longo do processo de pesquisa. As linhas de análise articulam os analisadores, que “funcionam como catalizadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e realizando a análise” (Aguiar & Rocha, 2003, p. 71). O analisador pode ser uma fala, uma imagem ou qualquer aspecto que possibilite a explicitação das forças e tensões que constituem determinado fenômeno social.

Visando preservar o anonimato das participantes as falas serão identificadas como Participante 1, Participante 2, Participante 3, Participante 4 e Participante 5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Pesquisa como Disparadora de Reflexão

Logo no início do primeiro grupo, ao serem indagadas sobre o que pensaram a partir do convite para a pesquisa, uma das participantes relata: “Eu pensei ‘Meu Deus, tô fazendo tudo errado’, porque eu não, sabe tipo, nunca tinha colocado nada sobre a prevenção no sexo lésbico, (...) eu me assustei assim tipo de, daí que eu fui pesquisar sobre alguma coisa assim em blog, sapatômicas” (Participante 1, *grupo focal*, 03 de maio, 2016). Essa fala foi consoante a outras falas no grupo e demarca, ao mesmo tempo, um aspecto instituído e um movimento instituinte. O primeiro está relacionado à percepção de que aquele não era um tema presente na vida delas. O segundo é expresso pelo movimento de interrogação acerca do tema, levando-as a pesquisar e movimentar ideias e discussões que até então não haviam sido pensadas com uma maior atenção. Relatam terem recorrido a buscas sobre o tema da prevenção às IST-HIV em vlogs da comunidade LGBT, no Youtube e em outras plataformas online. Esse movimento possibilita afirmar a indissociabilidade entre pesquisa e intervenção, visto que o próprio convite mobilizou as participantes a buscar informações sobre o tema da pesquisa. A pesquisa atua enquanto “proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social” (Aguiar & Rocha, 2003, p. 67).

A necessidade de uma busca de informações foi justificada pelo fato de que as participantes se sentiam

distantes do tema e, ao mesmo tempo, curiosas a partir do convite. Esse movimento constitui-se como um analisador que revela o baixo acesso a ações de prevenção destinadas a esse público. As participantes relataram não encontrar, conhecer ou terem tido contato com campanhas ou ações abordando a saúde da mulher lésbica ou bissexual, ou - ainda mais especificamente - sobre prevenção à IST/HIV. Os métodos de prevenção que conheciam eram de origem da própria vivência e compartilhamento de experiências com outras mulheres, ainda que consideradas pouco usuais e práticos, como a utilização de plástico filme ou a camisinha feminina.

As principais fontes de informações sobre prevenção constituíram-se, portanto, pelas relações pessoais e pelo acesso as redes virtuais, ressaltando o papel das mídias no processo educativo e de constituição dos sujeitos (Fisher, 2002). Entretanto, chama a atenção que o site do Ministério da Saúde ou de outras organizações e órgãos públicos não tenham se constituído como um ponto de referência para tal assunto. Tendo por base o princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde-SUS, todos os cidadãos têm direito a acesso a saúde, de forma integral. Ao mesmo tempo, esse acesso deve seguir ao princípio de equidade, que envolve um tratamento diferenciado – singularizado – para os desiguais, sem que ocorra discriminação ou preconceito (Brasil, 1990).

Prevenção: Como Fazer e a Quem se Destina?

Através das conversas nos grupos, ficou evidente que o distanciamento das participantes com o tema não significava que elas já não tivessem sido alvo de campanhas ou ações de prevenção, mas que não havia produzido sentido por serem direcionadas para públicos com os quais elas não se identificavam ou através de estratégias onde elas não se reconheciam. Nesse sentido, abre-se a discussão: como é feita e a quem se destina a prevenção? O contato que as participantes tiveram com campanhas de prevenção eram geralmente direcionadas à prevenção das então chamadas “Doenças Sexualmente Transmissíveis” (DST), HIV e também de gravidez indesejada, tendo como principal método preventivo a camisinha masculina ou, no caso da prevenção a gravidez, a pílula anticoncepcional. As informações referentes a estes temas eram vistas em cartazes afixados em locais de circulação, comerciais de TV e nas unidades de saúde. Também mencionaram campanhas trabalhadas por professores e equipes de saúde nas escolas, “com imagens fortes” das IST’s, que assustavam e tinham como principal ação de prevenção o discurso moral com relação às práticas sexuais e a utilização da camisinha masculina. O discurso moral envolve enunciados que permitem

valorar e classificar os comportamentos que envolvem componentes sexuais como certo ou errado, adequado ou inadequado. Foi destacado pelas participantes a percepção de que, mais recentemente, há a presença de campanhas voltadas à população de homens gays, tendo como método de prevenção a camisinha masculina, mas nada que se referisse à saúde da mulher lésbica e bissexual.

As falas das participantes abrem caminho para a expressão de dois analisadores. O primeiro coloca em evidência o caráter heteronormativo das ações de prevenção. O segundo, evidencia o caráter biomédico e prescritivo que perpassa os modelos de prevenção. Tanto o caráter heteronormativo quanto o viés biomédico e prescritivo constituem-se como aspectos instituídos que atravessam as ações de prevenção.

As campanhas e ações de prevenção que as participantes relataram ter contato ao longo de suas vivências foram constituídas pelo viés heteronormativo. Nardi, Silveira e Machado conceituam a heteronormatividade como a “forma como a heterossexualidade é tida como a norma a partir da qual se classificam as sexualidades” (2003, p. 20), resultando em um processo de heterossexualidade compulsória, que consiste em pensar e agir como se todas as pessoas que compõe a sociedade fossem heterossexuais.

Rich (2010) propôs o conceito de heterossexualidade compulsória, segundo o qual compreende que existe um heterocentrismo na forma de organização social. Dentro desta perspectiva, todas as ações, incluindo as de prevenção, seriam formuladas e direcionadas através da pressuposição da heterossexualidade.

Em relação ao segundo analisador, os modelos biomédicos e prescritivos de prevenção ficam evidenciados pelas ações que tem como foco a doença (imagens, sinais, sintomas), desconectada das formas de vida e de marcadores (desigualdade de gênero, identidade de gênero, orientação sexual, raça/etnia) que constituem dimensões de vulnerabilidade. As ações de prevenção as IST’s vivenciadas pelas participantes estavam atravessadas por pressupostos de que as IST’s eram problemas individuais e que deveriam ser combatidas na vida privada. Apesar de Ayres (2002) ter anunciado as lições sobre a prevenção à Aids e os desafios “atuais” em artigo publicado há 15 anos, é possível perceber a atualidade das colocações do autor e o quanto a superação daquele modelo de prevenção continua sendo um desafio. Segundo Paiva (2008), nos modelos tradicionais de prevenção, “Fala-se de comportamentos e práticas sexuais de risco, sem sentido, sem contexto, sem pessoa” (p. 642), pressupondo a “existência de um sujeito humano potencialmente livre e autônomo” (Meyer et al., 2006, p. 1336). Também esses programas costumam

partir de uma lógica na qual seria possível “passar” esses conhecimentos sobre as doenças e as formas de prevenção, vendo o educador como aquele que transmite o conhecimento e o educando como o recipiente vazio que recebe a informação e o conhecimento do outro (Paiva, 2000). Esse modelo pode ser caracterizado pelo viés prescritivo, ou seja, que parte do pressuposto de que alguns sabem e devem repassar o conhecimento aos que não sabem, servindo a eles para tomarem decisões.

Paiva (2008) discute as contribuições de perspectivas construcionistas para a formulações de políticas e ações de prevenção. Emergente na segunda metade do século XX, o construcionismo “interpretou melhor novos desafios, como a epidemia da Aids, especialmente em contextos de desigualdade e violação de direitos, inspirando a prevenção baseada na análise de gênero e compreensão de cenários, cenas, scripts e trajetórias de sujeitos sexuais” (Paiva, 2008, p. 641). Uma das características desta abordagem é a valorização dos grupos afetados pela Aids e a construção de iniciativas envolvendo-as como formuladores e participantes de teorias e intervenções.

É no bojo dessas experiências e perspectivas que buscamos inspiração para a constituição desta pesquisa, onde compreendemos que o pesquisador propicia condições para que um processo grupal se desenvolva, insere problemas a serem discutidos junto ao coletivo, assim como deixa-se tomar pelos problemas que o coletivo produz, transformando-se também nesse processo. Ao mesmo tempo, não oferece soluções prontas, desconstruindo o lugar do ‘expert’, mas busca auxiliar na criação de condições para que o grupo se reúna, produzindo análise e cogestão dos problemas.

(In)visibilidades em Questão – “Quero ser Vista, Não Quero ser Exposta”

Essa linha de análise coloca em evidência o processo de produção da invisibilização da vivência lésbica/bissexual e seus efeitos, deslocando-a do lugar de naturalidade para o lugar de problema a ser interrogado.

Das 5 meninas que participaram do grupo, 3 já fizeram teste de HIV e outras DST's. Todas já foram ao ginecologista pelo menos 1 vez e 1 participante foi mais de uma vez. Destaca-se, na fala de todas as participantes, a percepção de despreparo dos profissionais de saúde, especialmente das(os) ginecologistas, para recebe-las e trabalhar com suas demandas. Nos atendimentos ginecológicos foram alertadas somente sobre a prevenção de uma gravidez indesejada. Na fala de uma das participantes:

a minha primeira consulta que eu fui, que eu tive com um ginecologista assim, que era

‘uma’ ginecologista até por sinal, que eu me sentia mais confortável, né!? E aí eu fui, e ela me perguntou se eu já tinha, já tinha tido relação, falei que sim e ela perguntou o que que eu utilizava como método contraceptivo, ou seja, não preciso me proteger de nada, só de uma gravidez indesejada (...). Aí eu falei pra ela que eu não, nunca tinha usado nenhum método contraceptivo porque eu nunca tinha tido relação com homens, só com mulheres, e que eu tinha uma companheira, e aí ela me falou “Ah, ta bom”. Tipo?? Não, não teve uma informação. (Participante 2, grupo focal, 03 de maio, 2016)

Como desdobramento desta forma de abordagem, as participantes relataram o afastamento dos serviços de saúde e consultas com ginecologistas ou, na ocorrência dessas, o ocultamento da orientação sexual com fim de evitar constrangimentos e experiências de lesbofobia. Em decorrência disso, passaram a não perceber em seu cotidiano a necessidade desse acompanhamento.

Esse aspecto indica um aumento da dimensão institucional da vulnerabilidade, relacionada à oferta de ações e programas a uma determinada população (Ayres et al, 2008). O conceito de vulnerabilidade, tal qual perspectivado por Ayres et al (2008), considera que o risco de exposição a um evento não é determinado unicamente pelo sujeito, havendo várias dimensões que interagem na sua produção.

As experiências relatadas são consoantes com as descritas no estudo de Carvalho et al (2013), onde constatou-se despreparo dos profissionais de saúde para a abordagem e atendimento de lésbicas e bissexuais em serviços de saúde. Segundo Paiva (2008), estudos constataram “que no Brasil e em outros países latino-americanos, os profissionais que trabalham em programas públicos dedicados à sexualidade jovem quase sempre atuam com base em suas crenças e valores pessoais” (p. 643-644). Bjorkman & Malterud (2009) coletaram, na Noruega, relatos de 128 lésbicas acerca das experiências de atendimento médico, constatando que parte dos relatos ressaltou que os médicos costumam tomar como pressuposto a heteronormatividade, sendo necessário intervenções das mulheres para informar a orientação lésbica. Mas também encontraram relatos positivos em relação a posturas profissionais. Por fim, concluíram que é necessária a articulação de três dimensões: que os médicos tomem consciência da orientação sexual lésbica; que tenham atitudes positivas em relação a elas, sem preconceito e discriminação; e, por fim, que possuam conhecimentos médicos adequados a realidade delas.

Um importante atravessamento que se expressa nessa discussão diz respeito a constatação acerca da invisibilidade da mulher lésbica e bissexual nas políticas de saúde. Uma das hipóteses para a invisibilidade de campanhas governamentais para lésbicas é a consideração de que o risco de IST entre lésbicas seria menor do que entre heterossexuais. Entretanto, essa consideração parte de um viés heteronormativo, que acaba por hierarquizar o que é mais ou menos importante.

Rich (2010) estabelece uma crítica ao processo de invisibilização das lésbicas, mesmo dentro dos discursos feministas. As análises da autora partem da constatação em relação à “negligência total ou virtual da existência lésbica em um amplo conjunto de textos, inclusive da produção acadêmica feminista” (2010, p. 22). Convergindo para esta constatação, uma das participantes relata: “Acho que até as vezes nos espaços LGBT’s é uma coisa não dita (...). até quando a gente fez aquele curso lá de LGBT, teve toda uma palestra lá sobre prevenção em homens gays, homens bissexuais, mas tipo, não foi citado sobre as mulheres lésbicas” (Participante 4, *grupo focal*, 03 de maio, 2016).

Rich (2010), discute o processo de invisibilização, afirmando que:

As lésbicas têm sido historicamente destituídas de sua existência política através de sua “inclusão” como versão feminina da homossexualidade masculina. Equacionar a existência lésbica com a homossexualidade masculina, por serem as duas estigmatizadas, é o mesmo que apagar a realidade feminina mais uma vez. (Rich, 2010, p. 36)

Esse silêncio produzido historicamente grita na escassa discussão sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual dentro do âmbito da saúde pública frente ao cuidado com outras parcelas da população.

Ao discutirem os processos de (in)visibilidade, as participantes destacam o desafio de tornarem-se visíveis, mas sem se exporem. Essa discussão surge a partir da frase “Eu quero ser vista, mas eu não quero ser exposta”, presente em um dos vídeos discutidos no terceiro grupo. A participante 2 afirma:

A gente não vai desenvolver o látex, a gente não vai desenvolver a calcinha, mas a partir do momento que a gente começa a levar essas micro discussões pro macro, as vezes as pessoas vão começar a se dar conta que é verdade, essa galera existe e precisa pensar nisso, sabe?! Porque as vezes as pessoas não deixam de lado

por má fé, mas porque isso não é uma coisa que toca elas no dia a dia, isso não chama atenção, cabe a nós cobrar isso. (Participante 2, *grupo focal*, 01 de junho, 2016)

Como efeito do processo grupal, ocorre um movimento que desloca a temática da prevenção entre lésbicas e bissexuais de um âmbito individual para um âmbito coletivo, remetendo não somente as participantes do grupo, mas a toda uma população de mulheres que “estão no mesmo barco” (Participante 1, *grupo focal*, 31 de agosto, 2016).

No processo de restituição da pesquisa, a participante 1 relata que quando foi convidada para participar do grupo ela pensou “Nossa, estou fazendo tudo errado”, e, diante dessa percepção, acreditou que iria “levar um sabão” (Participante 1, *grupo focal*, 31 de agosto, 2016). Porém, com os grupos, percebeu que não era um problema individual, mas expressava algo que surgia para todas as meninas ali, o que a fazia sentir-se reconfortada.

As participantes perceberam o grupo enquanto uma ação micropolítica, que possibilitou movimentar uma questão, por em pauta uma discussão. Tornar visível sem expor a mulher lésbica e bissexual evidencia o desejo de reconhecimento, sem que seja necessária exposição.

As (im)possibilidades de Prevenção: “É Como Você Estar na Cama Elástica, Mas Não Pode Pular”.

Considerando-se o caráter participativo e dialógico da pesquisa, no terceiro grupo focal foram levados dois vídeos, visando disparar a discussão acerca das (im)possibilidades de cuidados preventivos no sexo lésbico. O primeiro de um vlog LGBT² no qual a apresentadora, mulher lésbica – em um clima descontraído - leva a um médico voltado a estudar gênero e diversidade sexual, as dúvidas quanto às possibilidades de prevenção à IST’s e HIV no sexo entre mulheres, bem como ressalta a importância de discutir a saúde da mulher lésbica e bissexual.

Já o segundo vídeo retrata a experiência de um Congresso realizado pelo Ministério da Saúde para discutir as políticas públicas voltadas à saúde da mulher lésbica e bissexual, tendo estas como protagonistas dessa discussão.

A exibição dos vídeos disparou discussões acerca de questões que não haviam ganhado pauta até aquele momento, com destaque para as percepções de possibilidades ou impossibilidades de prevenção frente ao

2 Canal das bee. (2015, 1 de dezembro). Saúde sexual para lésbicas - Pergunte Às Bee 104. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=eTh4KDvfe2M>

uso de recursos como a camisinha feminina e o plástico pvc. Justamente o que constitui o fator de prevenção (a barreira da troca de fluidos) é considerado pelas participantes como algo que retira o prazer da relação sexual.

Quando o entrevistado do 1º vídeo informa que em um sexo seguro não poderia haver a troca de secreções, todas as participantes afirmam diferentes frases que retratam um mesmo cenário, sendo que uma delas menciona a seguinte metáfora: “Tipo, você tá numa cama elástica mas você não pode pular” (Participante 3, *grupo focal*, 01 de junho, 2016). Outra participante afirma “Com a camisinha feminina, ela fica pra fora [da vagina]. Assim, tipo, dá [para usar], entendeu? [...] ela não cobre toda a região do clitóris, até que cobre assim, da né mas aquele negócio da balinha né, cê fica sentindo gosto de plástico” (Participante 1, *grupo focal*, 01 de junho, 2016). Há um consenso, no grupo, de que o sabor das secreções vaginais faz parte do prazer sexual, o que ficaria inibido com o uso de barreiras.

As participantes ainda questionam se a não utilização de métodos de prevenção na maioria de suas relações não teria relação com uma historicidade. Questionam se esse dado seria diferente caso houvesse visibilidade da mulher lésbica e bissexual, bem como se a utilização da camisinha feminina fosse trabalhada historicamente nas ações de prevenção. Na fala de uma das participantes “se com a camisinha que é heteronormativa já acontece isso (tabu com relação ao uso da camisinha) imagina com látex pra lésbica?!” (Participante 3, *grupo focal*, 01 de junho, 2016). Nesse sentido, as próprias participantes desnaturalizam as formas de enxergar e dar sentido às práticas sexuais e de prevenção, compreendendo que suas percepções estão conectadas com uma produção histórica.

Nesta discussão, também foi importante a análise de implicação dos pesquisadores, que corresponde a análise das posições ocupadas e relações desenvolvidas com as instituições (Baremlitt, 2002). Observou-se que os pesquisadores possuíam a expectativa de que, a partir das discussões realizadas nos grupos, as participantes pudessem aderir aos métodos preventivos ou criar novas possibilidades de prevenção. Entretanto, observou-se que elas indicaram não considerar os métodos disponíveis totalmente viáveis, não conseguindo elaborar (no recorte temporal da pesquisa) outras alternativas.

Esse aspecto atualiza a necessidade de criação de uma cultura preventiva e de compartilhamento de possibilidades de obtenção do prazer que não estejam em campo oposto ao da prevenção. Ayres (2002) afirma a necessidade de construção e manutenção de uma cultura preventiva, “universalizada, sustentada, plural e versátil para o conjunto da sociedade” (p. 14). A ideia de cultura

preventiva é transversal aos modos de vida, perpassando a vida escolar e outros âmbitos de formação dos sujeitos. Também fica ressaltada uma aparente contradição: as participantes relatam pouca informação sobre os métodos de prevenção; mas, na medida que tem acesso às informações, consideram os métodos de prevenção pouco aplicáveis a elas. Essa contradição indica que a informação (apesar de necessária) não garante mecanicamente a prevenção, visto que a adesão ao uso do preservativo não é apenas uma decisão racional calcada na informação, mas permeada pelas percepções de prazer/desprazer, avaliação de risco, sentimentos/afetos, entre outros aspectos, ressaltando a necessidade de modelos de prevenção não calcados apenas na informação, mas que possam abordar o sujeito a partir de sua realidade, suas cenas e scripts sexuais (Paiva, 2000).

A Formulação do Folder: Produzindo Visibilidades

A proposta de formulação de um folder partiu dos pesquisadores, com a intenção de que a pesquisa pudesse ter, como um de seus produtos, um material produzido por e distribuído para mulheres lésbicas e bissexuais, fomentando o tema da prevenção de modo contextualizado, dado o caráter participativo de sua produção. Tal proposta foi colocada em análise no grupo, interrogando-se seu sentido e possíveis efeitos. As participantes destacaram que a criação do folder era importante, na medida em que emergia como uma forma de reconhecimento da existência lésbica e bissexual.

Butler (2010) propõe uma leitura onde desconstrói a obviedade da vida enquanto viver biológico, inserindo a discussão sobre o reconhecimento. Segundo a autora, os processos de reconhecimento são permeados por marcadores que hierarquizam os sujeitos, fazendo com que algumas vidas sejam qualificadas como “valendo mais” que a vida de outros. As desigualdades de gênero expressam esse processo. Para Butler (2010), uma vida só pode ser apreendida como viva - e, portanto, passível de ser investida - na medida em que é reconhecida: “Se certas vidas não se qualificam como vivas - não são concebidas como vidas dentro de certos marcos epistemológicos - tais vidas nunca se considerarão perdidas no sentido pleno da palavra” (p. 13). Nesse sentido, o processo de reconhecimento é fundamental para que uma vida possa ser considerada viva e investida enquanto tal, dialogando com a percepção das participantes do grupo sobre a função de um folder. Entretanto, para além do reconhecimento enquanto legitimação de existência, é necessário que este processo esteja atrelado a valorização da vida e não a sua exploração, sendo esse um risco indicado por Butler (2010).

Uma das participantes sugeriu desenvolver algo que fosse acessível e prático de ler, “livreto fica cansativo, fazer uma coisa mais prática” (Participante 3, *grupo focal*, 01 de junho, 2016). Surgiu também a preocupação em produzir algo que veiculasse uma mensagem de afeto às mulheres lésbicas e bissexuais, ao mesmo tempo que ressaltasse a questão da visibilidade, sinalizando na capa do folheto o arco-íris LGBT e a imagem de duas mulheres abraçadas num ato de amor e cuidado. A participante 2 faz um apontamento que todas consideram pertinente: “Como acessar aquelas mulheres que ainda não teriam assumido sua sexualidade, mas também estavam em uma situação de vulnerabilidade?”.

Um ponto de tensão nas discussões versou sobre a presença da informação sobre o preservativo. Algumas consideravam importante a informação, enquanto outras ressaltavam receios, como o de “ser hipócrita em colocar no folheto coisas que nem elas fazem” (Participante 4, *grupo focal*, 01 de junho, 2016). Ao final, decidem colocar a informação sobre o preservativo, considerando que o folder não deveria ser visto de forma isolada. Este debate expressa os tensionamentos entre o modelos biomédico e prescritivo em relação aos modelos participativo e construcionista. Apesar do folder propiciar condições para o reconhecimento das mulheres lésbicas e bissexuais, ainda esbarra em instituídos do campo da prevenção, como a veiculação do preservativo com caráter prescritivo, visto que as participantes não conseguiram construir outro modo de veiculação do mesmo.

Concluem sobre as informações que nele deveriam conter e de que forma abordar as leitoras. A participante 4 e a participante 2 sugerem iniciar os tópicos de conteúdo com frases convidativas como “Você já pensou...” (Participante 4, *grupo focal*, 01 de junho, 2016), introduzindo as leitoras à temática e “Você já teve esses sintomas?” (Participante 2, *grupo focal*, 01 de junho, 2016), citando - em seguida - os sintomas mais comuns nas IST's entre às mulheres lésbicas e bissexuais.

Na última página do folheto constam fontes que indicam onde as leitoras poderiam encontrar mais informações sobre o tema, bem como os locais para realização do teste para HIV, sífilis e hepatites B e C no município.

Uma preocupação apresentada por elas foi com relação à forma de distribuição e disponibilização desse material a população, sendo sugerido a sua disponibilização nas escolas, Unidades Básicas de Saúde, locais de referência e também a disponibilização on-line.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial da pesquisa-intervenção mostrou-se oportuno para a produção de dados sob um viés

participativo, propiciando a ampliação do grau de compreensão das participantes acerca das instituições que se insinuam sobre as vivências lésbicas e bissexuais, especialmente a interrelação entre gênero e prevenção. Constatou-se que a percepção de ausência de políticas e ações de prevenção às IST-Aids para mulheres lésbicas e bissexuais está atrelada a invisibilização social desse público. As experiências relatadas evidenciam aspectos instituídos no campo da prevenção, relacionados ao caráter biomédico e prescritivo das intervenções, assim como seu viés heteronormativo, com informações que não condizem com o contexto e demandas das participantes, acentuando a dimensão programática da vulnerabilidade.

A análise do processo de pesquisa evidenciou a confrontação entre aspectos instituídos e instituintes da realidade, ressaltando os movimentos de desnaturalização das experiências lésbicas e bissexuais. O uso de conceitos como heteronormatividade, gênero, vulnerabilidade como ferramentas auxiliou nesse processo, propiciando a ampliação do grau de compreensão acerca dos temas em debate. Devemos ressaltar que, segundo Baremblytt (2002), a autoanálise e a autogestão não são nunca atingidos em seu estado último, mas se constituem como direções de trabalho. Destacamos que um dos principais efeitos da pesquisa ocorreu pelo deslocamento do tema da prevenção de um âmbito individual/privado para um âmbito coletivo, expressando um processo de politização das participantes.

Em relação as limitações da pesquisa, destaca-se que as participantes eram jovens e universitárias. Torna-se relevante outras pesquisas que possam abranger mulheres lésbicas e bissexuais de outras faixas geracionais e ocupações. Além disso, destaca-se que um aspecto permaneceu em aberto no grupo: apesar de ampliarem a compreensão acerca dos aspectos que as tornam vulneráveis às IST, elas não consideraram totalmente viáveis os meios de prevenção disponibilizados, seja porque os consideram descontextualizados, seja pela percepção de que eles estão vinculados a diminuição do prazer sexual. Nesse sentido, permanece em aberto a discussão em torno da educação em saúde e conformação de uma cultura da prevenção entre mulheres lésbicas e bissexuais, produzidas conjuntamente com esse público e acompanhado da avaliação de sua efetividade.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, K. F., Rocha, M. L. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 64-73.

- Almeida, G. E. da S. (2005) Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do 'corpo lésbico' na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS. [Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, UERJ]. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/the-3092>
- Almeida, G., & Heilborn, M. L. (2008). Não somos mulheres gays: Identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. *Revista Gênero*, 9(1), 225-249.
- Ayres, J. R. C. M., França-Jr, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2008). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In.: D. Czeresnia, C.M. Freitas (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.121-143). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Ayres, J.R.C.M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: Lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação Saúde, Educação*, 6(11), 11-24.
- Bjorkman, M. Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*, 27 (4).
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Butler, J. (2010) *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós.
- Baremlitt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. (5ª ed). Belo Horizonte: MG, Instituto Felix Guattari.
- Carvalho, C. S., Calderaro, F., & Souza, S. J., (2013). O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in) visibilidade e direitos. *Psicologia Política*, 13(26), 111-127.
- Carvalho, P. M. G., Nóbrega, B. S. M., Oliveira J. L., Almeida, R. O., Abdalla, F. T. M., & Nichiata, L. Y. I. (2013). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(4), 931-941.
- Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In.: D. Czeresnia, C.M. Freitas (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.43-58). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Fisher, R.M.B. (2002). Problematizações sobre o exercício de ver: mídia e pesquisa em educação. *Revista Brasileira de Educação*, (20), 83 – 94.
- Foucault, M.; Deleuze, G. (1979). Os intelectuais e o poder – Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: M. Foucault. *Microfísica do poder* (pp. 69-78). Rio de Janeiro: Graal.
- Guizard, F.L.; Lopes, M.R.; Cunha, M.L.S. (2011). Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 200-218). Rio de Janeiro: IMS/ENSP.
- Louro, G. L. (2000) *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autentica.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Meyer, D. E. E., Mello, D. F., Valadao, M. M., & Ayres, J. R. C. M. (2006). "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), 22, 1335-1342.
- Mora, C. M., & Monteiro, S. (2013). Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. *Revista Estudos Feministas*, 21(3), 905-926.
- Nardi, H. C., Silveira, R. S., & Machado, P. S. (2013). *Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: RS, Sulina.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com a camisinha: Sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo: Summus Editorial.
- Paiva, V. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade?. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 641-651.
- Palma, D.M.; Orcasita, L.T. (2017). Considerations for the design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention programs for lesbian and bisexual women. *Interface*, ahead of print Epub July 20.
- Rich, A. (2010). Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Revista Bagoas - Estudos Gays: Gêneros e Sexualidades*, 04(05), 17-44.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), 71 – 99.

Endereço para correspondência:

Monique Cristina Henares Batista
 Universidade Estadual do Centro-Oeste
 R. Salvatore Renna, 875
 CEP: 85015-430 – Santa Cruz, Guarapuava/PR

Recebido em 15/06/2017

Aceito em 14/08/2017

Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível

Talking about sexuality in school: a possible intervention

Raquel de Andrade Souza Ew^I

Jaqueline Conz^{II}

Aline Daniela Gonçalves de Oliveira Farias^{III}

Paula Biazetto Machado Sombrio^{IV}

Kátia Bones Rocha^V

Resumo

O objetivo desta intervenção foi implementar oficinas sobre sexualidade em escolas, fundamentadas na metodologia participativa. Foram realizadas 11 oficinas em Porto Alegre, com 349 alunos, organizadas a partir das dúvidas dos adolescentes. As oficinas visaram promover reflexão crítica e autocuidado. Mapearam-se os sentidos associados à palavra sexualidade e as principais dúvidas dos jovens. As palavras mais referidas foram: sexo, amor, camisinha, prazer, gênero, homem, mulher, gravidez, doenças e relação. As dúvidas mais frequentes foram: primeira relação sexual, gravidez, cuidados médicos, sexo e drogas, gênero, orientação sexual, cultura e sexualidade, corpo e prazer, infecções sexualmente transmissíveis e violência. Os alunos avaliaram a intervenção positivamente. Os resultados apontam para necessidade de as escolas abordarem o tema da sexualidade, construindo espaços de diálogo.

Palavras chave: Sexualidade; Escola; Oficinas; Prevenção.

Abstract

The aim of this intervention was to implement workshops on sexuality in schools, based on participant methodology. We performed 11 workshops in Porto Alegre with 349 students, organized from the students' questions. The workshops aimed to promote critical reflection and self-care. We mapped the meanings related to sexuality and the students' main doubts. The most cited words were: sex, love, condom, pleasure, gender, man, woman, pregnancy, diseases, and relationship. The most frequent doubts were: first sexual intercourse, pregnancy, medical care, sex and drugs, gender, sexual orientation, culture and sexuality, body and pleasure, sexually transmitted infections, and violence. Students assessed the intervention positively. Results point to the need for schools to approach the theme of sexuality, building spaces of dialogue.

Keywords: Sexuality; School; Workshops; Prevention.

^IDoutoranda em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Integrante do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. raquelew@hotmail.com

^{II}Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Integrante do grupo de pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. jaqueconz@gmail.com

^{III}Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Integrante do grupo de pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. aline.daniela@acad.pucrs.br

^{IV}Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Integrante do grupo de pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. paula.biazetto@gmail.com

^VDoutora em Psicologia pela Universidade Autônoma de Barcelona. Professora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-RS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades na PUC-RS. katiabonesrocha@gmail.com

A temática da sexualidade é muitas vezes entendida como algo “natural”, como dado pela natureza, inerente ao ser humano (Louro, 2013). Assim, como afirma Louro (2013), esta concepção está ancorada na premissa de que todos vivemos nossos corpos universalmente da mesma maneira. No entanto, podemos entender que a vivência da sexualidade envolve processos sociais, culturais e históricos, nos quais marcadores como idade, raça/etnia, nacionalidade, classe social e orientação sexual apontam para uma pluralidade de possibilidades.

No contexto brasileiro, a temática da sexualidade vem sendo abordada com restrições, calcada em aspectos reprodutivos e funcionais, especialmente no contexto

escolar. As questões referentes aos aspectos motivacionais, comportamentais e psicológicos envolvidos com as práticas sexuais e relacionais têm sido, muitas vezes, relegadas ao tabu, encontrando resistências e dificuldades de abordagem pelos profissionais da educação.

Os professores reconhecem a educação sexual como um importante aspecto dentro do processo de formação dos estudantes. Entretanto, muitas vezes os professores não se sentem seguros ao abordar questões de sexualidade dentro da escola (Figueiró, 2006). Entre os receios mais comuns estão a forma como os pais encaram essa interferência, os choques de valores e crenças embutidos no tema da sexualidade e o poder de influenciar a vida sexual de seus alunos. Segundo os

dados presentes nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2010), as meninas brasileiras iniciam a atividade sexual entre os 12 anos e os 16 anos e os meninos entre os 15 e os 17 anos de idade, não havendo diferenças regionais, sociais ou de cor (Brasil, 2010).

Tanto a sexualidade como as questões referentes à exposição às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ainda se constituem em temáticas que precisam ser esclarecidas junto à população e, em especial, aos jovens que estão iniciando ou em plena atividade sexual. No Brasil, houve um aumento expressivo no número de casos de aids em jovens de 15 a 24 anos na última década, que triplicou de 2006 para 2015 (Brasil, 2016).

Além do aumento específico entre jovens, Porto Alegre apresenta dados alarmantes em comparação com outros estados brasileiros. A capital gaúcha apresentou a maior taxa entre as capitais brasileiras de detecção de aids em 2014, com 74 casos para cada 100 mil habitantes, apresentando também o maior coeficiente de mortalidade (23,7 para cada 100 mil habitantes) (Brasil, 2016). Mais de 40% de todas as novas infecções da América Latina estão concentradas no Brasil. Na América Latina, os adultos jovens estão desproporcionalmente mais vulneráveis ao HIV (UNAIDS, 2016).

A ausência de um espaço aberto para discussões sobre assuntos relacionados à sexualidade, aliada à falta de conhecimento ou informações distorcidas sobre o tema, agravam a vulnerabilidade dos adolescentes e prejudicam tomadas de decisão, levando-os a iniciar a vida sexual sem proteção, sujeitando-se a uma gravidez indesejada ou estando expostos às IST (Mantovani, Tres, Silva & Moura, 2014). De acordo com Tonelli (2004), os jovens têm direito ao acesso a informações e educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, assim como de adquirir métodos e meios que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e prevenir-se contra as IST, respeitando sua liberdade de escolha.

Cabe destacar que a educação sexual não deve partir da premissa prescritiva de práticas sexuais certas ou erradas (Figueiró, 2006; Paiva, 2000). A grande contribuição da escola e das equipes formadoras é produzir um espaço de reflexão sobre as diversas formas de viver a sexualidade, baseado no respeito às diferenças, aos outros e a si mesmo. Nesse sentido, oficinas de educação sexual nas escolas pretendem trazer a questão da sexualidade à tona, produzindo espaços de interação entre pares e professores, partindo da premissa que os alunos já possuem conhecimento prévio sobre a sexualidade. A partir desse conhecimento, docentes e discentes podem

estabelecer uma construção em conjunto, fazendo um alinhamento entre os seus próprios valores e as novas informações acessadas, dando singularidade a sua compreensão da sexualidade e das futuras tomadas de decisão. O objetivo não é dar respostas, mas sim, facilitar e estimular o diálogo sobre o tema (Paiva, 2000).

A escola pode ser um espaço protetivo para os adolescentes, mesmo em contextos sociais de maior vulnerabilidade. Assim, o contexto escolar pode ser um local potente para pensar em intervenções que busquem diminuir as desigualdades em saúde, pois, além de ser um espaço de convivência, acaba por ser parte constituinte de subjetividade. A escola pode possibilitar aos jovens construir conceitos sobre o mundo, formalizando conhecimentos e critérios para o processo decisório das inúmeras questões referentes ao seu cotidiano. Sendo, portanto, um lugar profícuo para as oficinas servirem de instrumentos relevantes para promoção de reflexão.

Alguns autores ressaltam a necessidade do desenvolvimento de estratégias de educação que possibilitem associar a informação à reflexão, oportunizando ao jovem a manifestação de suas ideias, vivências e sentimentos, para que possa exercer um olhar crítico e uma prática transformadora, com oportunidades de mudança de comportamentos e atitudes que minimizam riscos (Jeolás & Ferrari, 2003; Martins & Souza 2013) e que possibilitem uma vivência mais prazerosa de sua sexualidade. Nota-se a importância de intervenções por meio de oficinas sobre sexualidade, considerando que esse método favorece a construção de espaços de discussão, troca de experiências individuais e grupais, partindo da realidade para a reflexão e debates de práticas (Camargo & Ferrari, 2009). De acordo com Freitas e Dias (2010), a prática pedagógica de oficinas propicia a exposição de ideias, conceitos e experiências sem julgamentos, facilitando a transformação de preconceitos pela via reflexiva e de socialização de saberes e de experiências.

Assim, o objetivo desta intervenção foi implementar oficinas sobre sexualidade nas escolas, a partir das dúvidas apresentadas pelos adolescentes. Além disso, procurou-se mapear os sentidos e significados relacionados à palavra sexualidade, bem como as principais dúvidas apontadas pelos participantes. Para finalizar, foi avaliada a percepção dos alunos sobre a intervenção realizada.

MÉTODO

As oficinas realizadas nas escolas se fundamentam na metodologia participativa, em que se compreendem os participantes como sujeitos ativos. Essa metodologia

possibilita a reflexão pessoal, interpessoal e de ensino-aprendizagem, promovendo integração, vínculos afetivos e respeito no grupo. Além disso, proporciona ponderação crítica, conscientização e ressignificação de valores, emoções e conhecimentos (Silva, 2002; Moskovics & Calvetti, 2008).

A oficina consistiu em um encontro com duração de cerca de duas horas, com a presença dos alunos e de representantes docentes. Ao todo, foram realizadas 11 oficinas em quatro escolas, três públicas e uma privada, totalizando 349 alunos. O objetivo inicial era promover as oficinas em três escolas públicas e três privadas, mas somente uma escola privada aceitou participar do projeto. Esse fato é importante, tendo em vista que os debates sobre sexualidade e gênero nas escolas enfrentam um cenário de resistência e restrições, sob a égide de que silenciar é a melhor forma de não “estimular” a sexualidade e comportamentos tidos como indesejáveis nos jovens.

Descrição e Sistematização da Intervenção

O trabalho iniciou a partir do contato telefônico com sete escolas para agendamento de reuniões com os coordenadores pedagógicos, todas estas escolas já haviam desenvolvido alguma parceria com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. O objetivo era apresentar a proposta das oficinas de sexualidade a serem executadas. Das sete escolas contatadas, cinco aceitaram realizar a intervenção.

Posteriormente, foi solicitado que as escolas explicassem a intervenção para os alunos e disponibilizassem uma caixa fechada na qual estes poderiam depositar dúvidas sobre a temática sexualidade de forma anônima, o que foi realizado por todas as escolas participantes. Segundo Moizés e Bueno (2010), toda ação com adolescentes deve começar com as dúvidas e temáticas que surgem a partir deles, considerando, além das informações, o debate sobre as atitudes dos sujeitos diante da sexualidade. Essas perguntas serviram de base para a construção da intervenção e foram posteriormente categorizadas por afinidade de conteúdo, em blocos temáticos que eram trabalhados durante as oficinas.

Na organização da intervenção participaram estudantes de doutorado, mestrado e de iniciação científica do curso de Psicologia da PUCRS. A equipe de oficinas/os era constituída por 10 integrantes, cisgênero, de diferentes orientações sexuais, com faixa etária entre 19 e 45 anos. Todos os oficinairos/os participaram em algum momento do processo de organização das perguntas e construção das oficinas. As intervenções sempre contaram com a participação de pelo menos quatro

integrantes (um de doutorado, um de mestrado e dois de iniciação científica).

Cada intervenção contemplou cinco etapas sistematizadas na Figura 1, que apresenta o fluxo da oficina e que, na sequência, serão descritas.

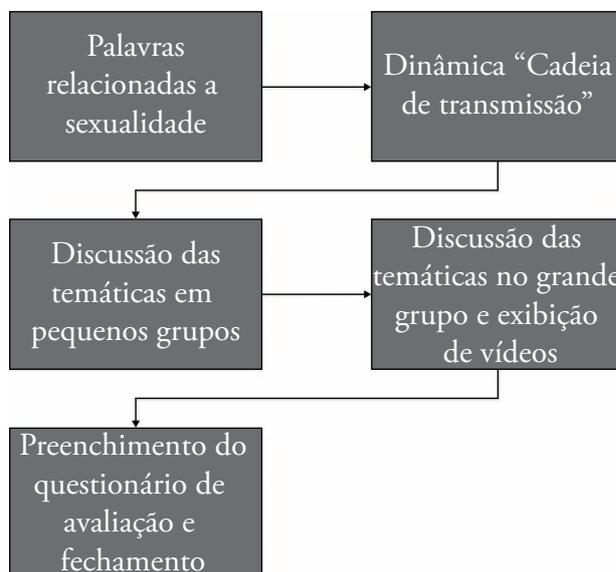


Figura 1
Sistematização da intervenção

A primeira atividade da oficina consistiu em um momento em que os alunos escreviam palavras que associavam com “sexualidade” em uma folha em branco, de forma anônima. Essas palavras foram posteriormente recolhidas e, via análise de conteúdo (Bardin, 1977), foram agrupadas de acordo com sua frequência, levando em conta quais palavras foram mais mencionadas pelos alunos. No total foram referidas 339 palavras diferentes, dentre as quais se destacam sexo (n=154), amor (n=86), camisinha (n=53), prazer (n=51), gênero (n=26), homem (n=23), mulher (n=22), gravidez (n=21), doenças (n=20) e relação (n=20).

A partir destes resultados as autoras elaboraram uma nuvem de palavras, com o apoio do software NVivo. O resultado é apresentado na Figura 2:

Na sequência, foi realizada a dinâmica nomeada “Cadeia de Transmissão”, em que era distribuída, aleatoriamente, uma folha em branco para cada um dos participantes. Duas delas continham símbolos pequenos: em uma, havia um círculo, que representava a proteção através do uso do preservativo, e, na outra, um asterisco, simbolizando o vírus HIV. Os alunos ainda não possuíam informação sobre o que cada um desses símbolos representava. A orientação dada para a dinâmica era de que os jovens deveriam transitar pela sala durante a execução de uma música e, quando houvesse

se destacar será o quanto a festa foi prazerosa. Assim ocorreram as conversas, no formato de interlocução direta através de questionamentos multidirecionais que poderiam envolver questões relacionadas à escola,

familiares, amigos, sociedade e cada um. Logo após a discussão nos pequenos grupos, o debate era aberto ao grande grupo para manifestação espontânea do que pensaram sobre as questões.

Temáticas	Perguntas
Primeira vez	É comum sangrar e doer na primeira vez? Sou virgem e me julgam, por que?
Gravidez	Qual a probabilidade de engravidar, transando sem camisinha e tomando anticoncepcional? É possível engravidar sem penetração ou ejaculando à distância?
Cuidados Médicos	O que é fimose? Por que mulher tem corrimento?
Sexo e Drogas	Por que o homem sob efeito do álcool demora para ejacular? Drogas (maconha, álcool) podem influenciar no desempenho sexual?
Relações de gênero	Quantas vezes a menina tem que dar para ser considerada puta pelos homens? Por que a maioria das gurias acham que os guris só pensam em sexo?
Orientação sexual	Se eu tenho interesse por gurias e também por guris, será que sou gay? Será que sou bi?
Cultura e sexualidade	Por que muitos julgam sua sexualidade, se não é crime ser diferente? Por que o prazer é tido como algo ruim em nossa sociedade?
Corpo e prazer	Como falar sobre sexualidade com amigos e familiares? Por que nos masturbamos? Como chegar ao orgasmo?
ISTs e HIV	Fazer sexo sem proteção pode facilitar para contrair uma doença? Mesmo que o parceiro não tenha HIV?
Violência	É possível se transmitir alguma doença pelo beijo na boca? Por que a maioria dos estupros são realizados por familiares?

Figura 3

Temas e perguntas abordados nas oficinas

Fonte: Elaboração própria

Foram utilizados alguns disparadores visuais em momentos específicos da oficina, como complemento e esclarecimento sobre o tema. Ao ser abordado o tópico sobre métodos contraceptivos, foi exibido um vídeo sobre o correto manuseio e uso dos preservativos feminino e masculino. É importante mencionar que muitos jovens não sabiam sobre o uso correto dos preservativos. Durante o bloco de IST e HIV/aids, apresentou-se um vídeo aprovado pelo Ministério da Saúde. Esse audiovisual (Rocha & Pizzinato, 2015) consiste em um recorte das principais barreiras psicossociais que impedem as pessoas de procurarem um serviço de saúde para a identificação do

seu estado sorológico. Também apresenta as facilidades encontradas nos serviços de saúde e onde as pessoas podem realizar os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

Ao final da oficina, os alunos e os representantes docentes preencheram um questionário de avaliação da intervenção em formato de escala *Likert* de quatro pontos, desde as opções concordo plenamente até discordo. A avaliação contemplou os assuntos abordados na oficina, a condução por parte dos pesquisadores e o aprendizado obtido, além de contar com uma avaliação global da oficina. As respostas dos estudantes estão descritas na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1

Resultado do questionário de avaliação da oficina respondido pelos estudantes

Perguntas		Concordo plenamente		Concordo		Concordo em partes		Discordo	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Quanto aos assuntos abordados...	Os assuntos foram muito importantes para mim	159	46,2	131	38,1	53	15,4	1	0,3
	Ainda não havia conversado sobre esses temas em atividades promovidas pela escola	84	24,7	96	28,2	70	20,6	90	26,5
	Tinha muitas dúvidas relacionadas aos temas apresentados	68	20,2	91	27	126	37,4	52	15,4
Quanto à condução da oficina...	A linguagem utilizada foi adequada e de fácil compreensão	247	72,2	84	24,6	9	2,6	2	0,6
	Os convidados deixaram o grupo à vontade para manifestar suas opiniões e contribuir para o debate	248	73,8	77	22,9	9	2,7	2	0,6
	Os convidados demonstraram conhecimento e segurança na condução da atividade	226	66,9	88	26	22	6,5	2	0,6
	O formato da oficina foi dinâmico e interessante	184	56,1	112	34,1	29	8,8	3	0,9
	Os filmes utilizados foram bem esclarecedores	155	53,3	94	32,3	32	11	10	3,4
	Gostei dos métodos utilizados durante a oficina	189	56,9	122	36,7	18	5,4	3	0,9
Quanto ao aprendizado com a oficina...	Acho que me deixou mais informado	214	62,2	104	30,2	20	5,8	6	1,7
	Acho que me deixou mais seguro(a)	155	46	126	37,4	40	11,9	16	4,7
	Acho que me esclareceu sobre alguns mitos e tabus	162	48,5	123	36,8	37	11,1	12	3,6
	Acho que afetará meu comportamento de forma positiva	146	44,6	107	32,7	48	14,7	26	8
De forma geral...	Gostei de participar da oficina	230	68,5	84	25	16	4,8	6	1,8
	Indicaria para um(a) amigo(a) participar	178	54,6	102	31,3	27	8,3	19	5,8

Na avaliação da oficina, a maioria dos estudantes (84,3%) indicou que os assuntos abordados foram muito importantes. Assim o aprendizado na atividade foi avaliado como um recurso que os deixou mais informados (92,4%) e seguros (83,4), permitindo que esclarecessem mitos e tabus (85,3%) o que poderá afetar positivamente o seu comportamento (77,3%). De forma geral, os participantes da oficina assinalaram ter gostado da oficina (93,5%) e indicariam a um amigo para participar (85,9%) da atividade. Neste sentido, observou-se que a maioria dos alunos estava à vontade para conversar e mostravam-se atentos e curiosos, mesmo diante das diferenças de experiência com os temas dentro dos grupos.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados percebe-se que parte significativa dos alunos relacionou a palavra

sexualidade com sexo. Pode-se dizer que o termo sexo nesse contexto está restrito ao ato sexual propriamente dito, desconsiderando aspectos socioculturais da sexualidade. De acordo com Chaveiro (2011), grande parte das pessoas entende a palavra sexualidade como sendo sinônimo de relação sexual. No entanto, ao abordar o tema, outros fatores constituintes da sexualidade devem ser considerados, como aspectos psíquicos, sociais e culturais, distanciando-se do reducionismo biológico (Nogueira, Martins & Rodrigues, 2012; Louro, 2013). Isto pode ser identificado nas perguntas enviadas pelos estudantes nas quais se identifica um claro atravessamento de questões de poder, gênero, discriminação e violência.

Todavia, esta relação entre sexo e sexualidade é resultado de uma educação que ainda prioriza o corpo como um aparato puramente biológico. A abordagem fisiológica produz um tom de neutralidade e cientificidade sobre a complexidade de temas que, uma vez

debatidos, podem desestabilizar tanto educadores como familiares. O tabu, que ainda envolve a sexualidade e a crença de que falar sobre o tema estimula a curiosidade e antecipa práticas sexuais, podem ser alguns dos aspectos relacionados ao desconforto em lidar com a temática.

Diferentes estudos demonstram que a sexualidade tem sido pouco discutida nos âmbitos familiar e escolar, seja devido à ausência de preparo dos pais e profissionais da educação ou por tabus e preconceitos que necessitam ser desconstruídos (Camargo & Ferrari, 2009; Hoffmann & Zampieri, 2009). No campo das políticas públicas, assim como destacam de Oliveira Junior e Maio (2017), ocorre um “desagendamento” das temáticas relacionadas à sexualidade, como foi o caso do recuo do Ministério da Educação em relação às políticas Brasil sem Homofobia e Escola sem Homofobia.

Nesse contexto, houve não somente um movimento de recolhimento da escola como um espaço de desenvolvimento para reflexão da importância de reconhecimento das diferenças, do respeito e inclusão, fundamentais para consolidação de cidadania e ética, como também houve o redirecionamento para a defesa de uma escola sem gênero. Segundo Mano (2017), esta seria uma tentativa de deixar a escola em uma suposta posição de neutralidade, como se esta posição já não representasse uma ideologia com referência a um determinado sujeito com mais direitos e poder que outros.

A partir da nuvem de palavras, observa-se que as palavras sexo, amor, homem, mulher, camisinha, gravidez e doenças, apesar de em princípio fazerem parte do repertório tradicional dos temas expostos dentro do contexto escolar, ainda se apresentam como campo de muitas dúvidas para os jovens. Este aspecto apareceu claramente nas rodas de conversas, o que nos faz pensar o quanto, mesmo no campo mais biológico, as escolas têm realmente se proposto a esclarecer dúvidas ou têm partido do princípio de que as informações estão tão disponíveis que não é necessário abordá-las. Por outro lado, as temáticas trazidas pelos jovens não se restringiram a estas questões, o que foi amplamente explorado nas oficinas.

Destaca-se que a palavra doença não está entre as primeiras mais citadas, o que pode indicar que a sexualidade entre jovens tem sido vista de forma menos ameaçadora e punitiva. Além disso, outras palavras indicam a complexidade de temáticas que paulatinamente estão sendo introduzidas no repertório dos jovens por meio de outros meios de informação e experiências do cotidiano, tais como as questões de gênero e prazer.

Logo, a educação sexual não deve envolver apenas conceitos relacionados ao ato sexual, mas explorar a

sexualidade dentro de um enfoque sociocultural, abrangendo a saúde reprodutiva, as relações de gênero, as relações interpessoais, o prazer corporal e a autoestima, posto que ela possui uma dimensão histórica, cultural, ética e política que abrange todo o sujeito (Santos, 2001; Gonçalves, Faleiro & Malafaia, 2013), o que esteve muito presente nas discussões realizadas com os alunos durante as oficinas. Pode-se constatar que essa ampliação da complexidade sobre a temática da sexualidade se apresenta tanto pela pulverização das palavras associadas (Figura 2), quanto pelas perguntas formuladas pelos alunos para a elaboração das oficinas (Figura 3).

Nesse sentido, as dúvidas apresentadas pelos alunos explicitam os atravessamentos sociais e culturais que fazem parte de uma multiplicidade de experiências dos jovens. As perguntas se configuraram tanto por uma abordagem ampla e generalizada como, por exemplo, pela pergunta: “por que a maioria das gurias acha que os guris só pensam em sexo?”; como também por uma dúvida singularizada que trata de conflitos pessoais, a exemplo da pergunta: “sou virgem e me julgam, por quê?”.

A construção coletiva das oficinas a partir das perguntas permite a construção conjunta e favorece um alinhamento entre os valores dos adolescentes e as novas informações acessadas, dando singularidade à sua compreensão da sexualidade e das futuras tomadas de decisão (Paiva, 2000). Sendo assim, introduzir a temática da sexualidade em uma roda de conversa entre jovens faz emergir conceitos e percepções transgeracionais, que colocados em pauta se transformam em questionamentos e reflexões que podem ressignificar não só a compreensão de sua própria sexualidade, como produzir maior empatia para trajetórias diferentes da sua.

De acordo com os resultados da avaliação das oficinas, percebe-se que a maioria dos alunos considerou os assuntos conversados durante a oficina como muito importantes, o que mostra que, apesar de os jovens terem fácil acesso às informações, ainda consideram necessários espaços em que a sexualidade possa ser explorada e debatida livremente. Na mesma direção, mais da metade da amostra referiu que essas temáticas ainda não haviam sido faladas dentro do contexto escolar, em disciplinas regulares.

Por outro lado, apesar de menos da metade dos alunos ter afirmado possuir dúvidas sobre os assuntos abordados, a grande maioria alega ter saído mais informada após a oficina, e acredita ter esclarecido mitos e tabus que possuía sobre sexualidade. Diante desses resultados, é importante pensar sobre como ocorre a relação entre o acesso à informação sobre sexualidade

e a apropriação da informação pelos jovens. Na atualidade, o fácil acesso à informação e à tecnologia transmite uma percepção de conhecimento muito amplo sobre as diferentes temáticas que nos rodeiam. A partir de uma reflexão mais aprofundada, percebe-se que esse conhecimento é superficial, não dando conta da complexidade dos fenômenos envolvidos na constituição da sexualidade, o que ajuda na compreensão de haver uma pronta resposta da existência de conhecimento sobre os temas.

A falta de debate e reflexão sobre as pluralidades que envolvem a sexualidade contribui para o aumento de situações de discriminação, intolerância, exposição ao risco de IST, gravidez indesejada e a perpetuação de mitos associados à temática. As perguntas realizadas pelos estudantes denunciam um conhecimento limitado sobre os temas e ainda revelam, além das dúvidas, a vivência de preconceitos relacionados às relações de dominação entre os diferentes marcadores sociais como classe social, raça/etnia e gênero (Figura 3). Nesse sentido, discutir temas de sexualidade também é discutir como se produzem as desigualdades sociais.

O acesso a informações e educação em saúde sexual e reprodutiva, bem como a aquisição de métodos e alternativas para evitar uma gravidez e prevenção contra IST, é um direito do adolescente. No entanto, os jovens têm recebido poucas oportunidades para discutir a sexualidade e recebem uma educação sexual superficial, com informações distorcidas, permeadas por tabus e preconceitos e insuficientes para a prevenção. Assim sendo, salienta-se a importância de intervenções nas quais os jovens possam falar por eles mesmos, manifestando com suas palavras, gestos, sentidos e significados suas próprias realidades (Parker, 2000). Dessa forma, a disseminação de informações coerentes influencia significativamente o autocuidado dos jovens, reduzindo condutas de risco (Freitas, 2012).

Destaca-se que a maior parte dos alunos se sentiu seguro e à vontade para falar sobre sexualidade ao longo da realização da oficina, o que pode ser decorrente do uso de uma linguagem de fácil compreensão associada ao conhecimento e segurança na condução da atividade. A linguagem utilizada partiu das perguntas elaboradas por eles mesmos, além de ser permeada por informalidade, sem a conotação de transmissão de informação, mas sim de debate e construção conjunta do conhecimento.

Outro ponto a ser mencionado é a necessidade de se romper com uma educação dita bancária (Freire, 2001), depositária de conhecimento, sem o comprometimento com a formação de sujeitos autônomos em suas vivências afetivo-sexuais (Paiva, 2000). Entende-se que, para que os jovens adotem comportamentos de

prevenção, é necessário que, além da transmissão de informações, sejam fomentadas a reflexão e o diálogo (Madureira, Marques & Jardim, 2010).

Percebe-se que a sexualidade segue restrita ao âmbito do privado e do segredo (Louro, 2013), e com isso mantêm-se as barreiras de circulação social da temática, dificultando uma politização das visões vinculadas aos preconceitos, o que gera uma reprodução de antigos problemas. Os próprios estudantes se questionam sobre o silêncio das instituições (família, escola) a respeito da sexualidade. Nesse sentido, a dificuldade de dialogar sobre esse tema pode estar relacionada ao fato de que o falar sobre a sexualidade do outro remete a questões sobre a própria sexualidade.

A participação da família e da escola no processo de educação sexual dos adolescentes pode proporcionar esclarecimentos e reflexões para que os jovens vivenciem sua sexualidade (Gonçalves et al., 2013). Essa educação sexual deve pressupor a busca de uma sexualidade emancipatória, isto é, uma sexualidade gratificante, socialmente livre e responsável, enriquecedora, compreendida como componente essencial da vida. A educação emancipatória (Garcia, 2005) implica no desenvolvimento de ações educativas para a promoção da autonomia, buscando combater padrões de comportamentos estereotipados e hierarquizados, tabus e preconceitos.

Quanto à metodologia utilizada, a maioria dos estudantes achou o formato da oficina interessante e dinâmico, considerando esclarecedores tanto o método, quanto os recursos audiovisuais. Grande parte dos adolescentes acredita que a oficina afetará seus comportamentos positivamente. Esses resultados reforçam a potencialidade de intervenções construídas a partir de oficinas para maior reflexão e participação ativa dos jovens nas atividades, podendo estimular comportamentos de autocuidado e promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se necessária a existência de um espaço de circulação do tema da sexualidade, em que a fala livre e descontraída seja encorajada, já que esse conteúdo permeia a vida dos adolescentes. O compartilhamento de informações em um espaço com liberdade de expressão e debate colabora para o desenvolvimento de uma postura mais crítica sobre os assuntos trabalhados, assim como contribui para o exercício de uma sexualidade mais saudável e responsável, diminuindo a quantidade de jovens em situação de vulnerabilidade, devido à ampliação de seu conhecimento e ao despertar para outras possibilidades de vida (Camargo & Ferrari, 2009).

Sendo assim, trabalhar sobre as questões da sexualidade é uma importante intervenção no campo da saúde pública, ao informar e sensibilizar o jovem para questões de cuidado relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis, HIV/aids e gravidez não planejada. Além disso, é um direito do adolescente que, ao convidá-lo ao diálogo, promove autonomia e responsabilidade no seu processo emancipatório, o que está de acordo com a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, não há espaço para uma “neutralidade desagendada”, pelo contrário, é necessária a integração de políticas públicas, universidades, escolas, famílias e jovens na construção de diálogos para promoção de respeito e cuidado consigo mesmo e com os outros.

Como alternativa de enfrentamento, considera-se importante fomentar uma nova abordagem por parte dos professores e também uma maior aproximação das famílias. Dessa forma, o desafio é encorajar e dar subsídios aos professores e familiares para a abertura de espaços em que possam ouvir as dúvidas e formas de pensar dos adolescentes, despojando-se da necessidade de serem prescritivos e normativos em relação às condutas dos jovens. Portanto, intervenções futuras com familiares e professores são necessárias para transversalizar o tema sobre a educação sexual em diferentes contextos e também desmistificar o receio em falar sobre esse assunto.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Brasília: Ministério da Saúde. 64p.
- Camargo, E. A. I., & Ferrari, R. A. P. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 937-946. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/30.pdf>
- Chaveiro, L. G. (2011). *A temática sexualidade no contexto escolar: diagnóstico situacional na região leste de Goiânia, Goiás* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Enfermagem, UFG, Goiânia.
- Recuperado de <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/706>
- de Oliveira Júnior, I. B., & Maio, E. R. (2017). “Não vai ser permitido a nenhum órgão do governo fazer propaganda de opções sexuais”: o discurso inaugural no “desagendamento” do kit gay do MEC. *Revista e-Curriculum*, 15(1), 125-152. <http://dx.doi.org/10.23925/1809-3876.2017v15i1p125-152>
- Figueiró, M. N. D. (2006). Educação sexual: como ensinar no espaço da escola. *Revista Linhas*, 7(1), online. Recuperado de <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1323>
- Freire, P. (2001). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, SP: Paz e Terra.
- Freitas, K. R., & Dias, S. M. Z. (2010). Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(2), 351-357. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/17.pdf>
- Freitas, D. L. (2012). Pressupostos de uma Formadora em Educação Sexual. Lições da Prática. Que Rastros Temos Deixado Pelo Caminho? *Contexto e Educação*, 27(88), 35-61.
- Garcia, A. M. (2005). *A Orientação Sexual na Escola: Como os professores, alunos e pais percebem a sexualidade e o papel da escola na orientação sexual* (Dissertação de mestrado), Faculdade de Ciências, UNESP, São Paulo. Recuperado de <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/90900>
- Gonçalves, R. C., Faleiro, J. H., & Malafaia, G. (2013). Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. *Holos*, 5, 251-263. Recuperado de <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/784>
- Hoffmann, A. C. O. S., & Zampieri, M. F. M. (2009). A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. *Rev. Saúde Pública*, 2(1), 56-69. Recuperado de <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/34/59>
- Jeolás, L. S., & Ferrari, R. A. P. (2003). Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 611-620. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a21v08n2.pdf>
- Louro, G.L. (org, 2013). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Madureira, L., Marques, I. R., & Jardim, D. P. (2010). Contracepção na adolescência: conhecimento

- e uso. *Cogitare Enfermagem*, 15(1), 100-105. Recuperado de <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17179/11314>
- Mano, M. K. (2017). Da suspeição à suspensão: reflexões sobre os caminhos recentes da democracia brasileira sob uma perspectiva de gênero. *Ciência e Cultura*, 69(1), 34-38. <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602017000100014>
- Mantovani, G. D., Tres, B., Silva, R. M. M., & Moura, C. B. (2014). Comparação de dúvidas sobre sexualidade entre crianças e adolescentes. *Contexto & Educação*, 29(92), 72-90. Recuperado de <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/2968/3622>
- Martins, C. B. G., & Souza, S. P. S. (2013). Adolescente e Sexualidade: as possibilidades de um projeto de extensão na busca de uma adolescência saudável. *Avances en Enfermería*, 31(1), 170-176. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a16.pdf>
- Moizés, J. S., & Bueno, S. M. V. (2010). Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 205-212. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a29v44n1.pdf>
- Moskovics, J. M., & Calvetti, P. U. (2008). Formação de multiplicadores para a prevenção das DST/AIDS numa universidade espanhola. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(1), 210-217. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021760016>
- Nogueira, M. J., Martins, A. M., & Rodrigues, A. R. (2012). Escolas e unidades básicas de saúde: diálogos possíveis e necessários para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Saúde em Debate*, 36(92), 117-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341764014.pdf>
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha: sexualidades jovens em tempo de Aids*. São Paulo: Summus.
- Parker, R. (2000). Prefácio. In Paiva, V. *Fazendo arte com a camisinha* (pp. 13-17). São Paulo, SP: Sumus
- Rocha, K. B., & Pizzinato, A. (Producer). (2015). *Você já pensou em fazer o teste rápido de HIV?* [DVD]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=giiMd2SwT6k>
- Santos, M. A. (2001). *Orientação sexual no 1º e 2º ciclos do ensino fundamental: uma realidade distante?* (Monografia). Faculdade de Pedagogia, UFRN, Rio Grande do Norte.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo, SP: Vetor.
- Tonelli, M. J. F. (2004). Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. *Psicologia & Sociedade*, 16(1), 151-160. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n1/v16n1a13>
- UNAIDS (2016). *Prevention Gap Report*. Genebra: UNAIDS, 2016. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf

Endereço para correspondência:

Isabel Fernandes de Oliveira
Campus Universitário UFRN, Lagoa Nova
CEP: 59078-970 – Natal/RN
E-mail: fernandes.isa@uol.com.br

Recebido em 29/05/2017

Aceito em 15/09/2017

Práticas Comunitárias Participativas e Rearranjos de Trabalho: Acolhimento Coletivo do Idoso

Participatory Community Practices and Work Rearrangements: Collective Reception of the Elderly

Lara Monteiro Schuck^I

Marta Marcantonio^{II}

Laura Garcia de Freitas^{III}

Resumo

O presente relato de experiência aborda um processo de mudança de fluxo para marcação de consultas do idoso numa Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre (RS), dispostivo-o como mecanismo de participação comunitária, fortalecimento e apropriação coletiva do processo saúde-adoecimento, bem como da política do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do relato desta experimentação, erigida em discussões na equipe e no Conselho Local de Saúde, buscamos visibilizar e discutir potências e entraves na proposição de espaços coletivos de emancipação na atenção básica, a partir de necessidades em saúde.

Palavras chave: Participação comunitária; Saúde Coletiva; Atenção básica; Acolhimento; Atenção integral ao idoso.

Abstract

The present experience report addresses a process of change of workflow for marking consultations of the elderly in a Basic Health Unit of the city of Porto Alegre (RS), arranging it as a mechanism for community participation, strengthening and collective appropriation of the health-disease process, as well as the policy of the Unified Health System (SUS). Based on the report of this experimentation, built on team discussions and at the Local Health Council, we seek to make visible and discuss potentials and obstacles in the proposal of collective spaces for emancipation in basic care, based on health needs.

Keywords: Community participation; Collective health; Primary health care; Health care reception; Comprehensive care for the elderly.

^IPsicóloga graduada pela UFCSPA. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Especialização em andamento em Gestão de Organização Pública em Saúde pela UFSM.

^{II}Psicóloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde Pública. Unidade Básica de Saúde. Grupo Hospitalar Conceição.

^{III}Nutricionista, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Prefeitura de São Leopoldo.

O presente relato de experiência aborda um processo de mudança de fluxo para marcação de consultas do idoso numa Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre (RS), dispostivo-o como mecanismo de participação comunitária, fortalecimento e apropriação coletiva do processo saúde-adoecimento, bem como da política do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta experiência foi forjada no cotidiano de trabalhadores e usuários da atenção básica, que se encontram e se atravessam de inúmeras formas e em relações de cuidado, seja no espaço físico da UBS, seja no território, seja no campo das ideias. Portanto, habita no campo das experimentações e invenções possíveis para propor novas institucionalidades. A partir do relato desta experimentação, erigida em discussões na equipe e no Conselho Local de Saúde, buscamos visibilizar e discutir potências e entraves na proposição de espaços coletivos de emancipação na atenção básica, a partir de necessidades em saúde. É um relato escrito por três trabalhadoras da equipe, implicadas com a experiência em todo seu desenvolvimento, e que levam até

hoje as inquietações aqui esboçadas em seus processos de trabalho.

Partiremos de um olhar especial a um elemento fundamental da Atenção Básica: o território. O território deste relato, em específico, tem muitas identidades – localiza-se na cidade de Porto Alegre/RS, na zona norte, em um bairro periférico, o qual se urbanizou de forma vertical. Os prédios foram construídos em condomínios, e praticamente todos têm a mesma estrutura, com apartamentos pequenos, prédios que lembram quadrados ou retângulos, alguns sendo verdadeiros labirintos uma vez que se os adentra. Existem poucos equipamentos sociais e recursos comunitários na região, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) local de demandas que extrapolam o setor saúde (demandas habitacionais, de saneamento básico, de benefícios da Política de Assistência Social, de lazer, de cultura).

Esta UBS é composta por uma equipe ampliada: além da equipe mínima, composta de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários

de Saúde e Equipe de Saúde Bucal, ainda conta com Auxiliares Administrativos, profissionais de Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Farmácia. Além disso, é campo de estágio destas formações, além de campo de Residência Multiprofissional e Médica, o que permite diversidade de entendimentos em relação às situações que se apresentam.

Sobre seus moradores, pode-se dizer que compõem um mosaico diverso de idades, situações socioeconômicas, arranjos familiares. Um grupo se destaca: os idosos do bairro. São a maioria da população abrangida pela UBS, incluindo idosos que frequentam bastante o posto de saúde, e pessoas cujas histórias e rotinas não se conhece muito bem. Adicionalmente a isto, muitos moram sozinhos, num bairro que convida à solidão, seja pelos arranjos arquitetônicos das moradias, seja pela distância do centro da cidade e, conseqüentemente, dos equipamentos sociais. Somam-se a isso a condição socioeconômica precária e os próprios processos de vida das pessoas, que levam a afastamentos de amigos e família. A equipe da UBS via essa solidão traduzida constantemente em adoecimentos, que eram a maneira de chegar ao posto.

Na sociedade em que nos inserimos, pessoas em processo de envelhecimento podem experimentar sentimentos de afastamento dos círculos sociais, desinteresse por questões de ordem coletiva, baixo envolvimento em atividades, além de mal estar físico de maneira geral, podendo caracterizar sinais de depressão clínica (Batistoni & Neri, 2007). Este mesmo estudo aponta que a vulnerabilidade em termos de classe social potencializa essas questões, tanto subjetivamente quanto pela própria escassez de condições materiais de existência e contribuição social. Esta dimensão deve ser levada em consideração, principalmente em se tratando do território que contextualiza o relato.

Na UBS em questão, existia, até 2014, um dia específico, semanal, para agendamento de consultas para idosos, por telefone. Foi uma medida tomada visando garantir a equidade em saúde, evitar deslocamentos desnecessários, que desembocassem em filas demoradas. Não obstante, o dia de agendamento era bastante caótico pelo alto volume de ligações e pelas grandes demandas de consultas, adicionalmente às outras demandas que a equipe dava conta. Além disso, muitos idosos requisitavam atendimento médico semanalmente, embora em seus prontuários constasse a falta de necessidade clínica de qualquer acompanhamento em tão curto interstício, ou com tanta frequência.

Não raro, ocorriam discussões e ações violentas entre usuários e trabalhadores e até entre trabalhadores, gerando um sentimento de incompreensão e de angústia

frente a este cenário. Nesse sentido, afloravam na equipe raiva e sensação de perda de controle, por conta da alta demanda por atendimentos; suscitava também compaixão naqueles trabalhadores que estabeleciam contato mais íntimo com a população idosa, e que percebiam desejos de outras ordens traduzidos em demandas de consultas médicas. O que se percebia no cotidiano era que sempre os mesmos idosos agendavam consultas semanais e muitos idosos simplesmente não eram vistos em lugar nenhum. Então, que equidade estava se efetivando?

Estas questões remetem a um conceito de Franco e Merhy (2005), a “produção imaginária da demanda”. Os autores provocam-nos a refletir sobre as relações que se estabelecem entre o que os profissionais de saúde ofertam e o que demandam os usuários, os quais muitas vezes traduzem o desejo de cuidado em solicitações de procedimentos, exames, consultas etc. A demanda em saúde é produzida por relações que implicam a percepção do usuário sobre os sentidos das práticas de saúde e sua implicação com a produção de saúde (Franco & Merhy, 2005). Os usuários da UBS, ao entrarem em contato com esse serviço, se conectam através de fluxos por onde se atravessam ofertas, demandas, desejos, expectativas, e é a partir disso que se estabelece a relação de cuidado ou de não cuidado. Assim, o usuário busca o que imagina que o serviço oferece (Franco & Merhy, 2005).

Este entendimento pode dar pistas sobre o excesso de solicitações por consultas médicas a cada semana nos agendamentos. Apesar de a equipe oferecer um leque variado de opções, acabava potencializando uma ferramenta (consultas médicas) que, concomitantemente, era a mais solicitada pelos idosos. É plausível questionar sobre o que se produz num agendamento de consultas. Que relação/paradigma se estabelece ao se oferecer consultas médicas individuais como a única possibilidade, sem problematizar aquela demanda? Foi neste cenário, caótico e potente, que a equipe se viu num dilema: o que fazer com esta população, que tem vulnerabilidades, que precisa ter seu acesso garantido e a qualidade do cuidado, mas que desorganiza tanto a equipe?

Potencializando Espaços Comunitários como Trilhas de Direcionamento

Depois de discussões dentro da própria equipe sobre a temática, sem conseguir elaborar proposições concretas, eis que surge a ideia de levar a questão crítica da marcação de consultas dos idosos para o Conselho Local de Saúde da UBS. Foi um movimento inovador, visto que o Conselho Local estava bastante esvaziado e raramente era utilizado para refletir sobre processos de

trabalho em geral. Entretanto, se olharmos a literatura (Ceccim & Feuwerker, 2004; Brasil, 2013a; Alvarenga et al, 2017), veremos que este é o papel dos Conselhos de Saúde, os quais são constitucionais, deliberativos e permanentes, sendo compostos por representantes paritários de todos os atores sociais em saúde.

Um dos papéis fundamentais deste espaço deliberativo, a nível local, é estreitar relações entre equipe e comunidade, e compreendendo-as como protagonistas dos sentidos de saúde daquele território. Os Conselhos Locais de Saúde são espaços muito ricos para a comunidade e para os serviços, pois os aproximam das demais organizações do bairro (Brasil, 2013a). Com base nisso, pensamos, como equipe, que uma decisão sobre atendimento à população referendada pela própria teria muito mais chance de adesão e de apoio, visto que mudar não é nada fácil, mesmo quando é para (supostamente) melhor. É importante ressaltar que o Conselho Local da UBS, apesar de respeitar a paridade de participantes, tendo pelo menos o dobro de usuários em relação aos trabalhadores nas reuniões, estava esvaziado, ocupado por figuras relacionadas a partidos políticos, que utilizavam o espaço para disputas neste sentido. Entretanto, a discussão sobre o agendamento de consultas do idoso os tocou de outra maneira, tendo em vista que todos ali presentes eram idosos e agendavam consultas com frequência na UBS.

Nas reuniões do Conselho Local de Saúde, então, a inquietação se transforma em experimentação, rumando de marcações exaustivas ao telefone para o que nomeamos “Acolhimento Coletivo do Idoso”. A ideia partiu justamente da hipótese de que a solidão dos idosos no bairro teria algo a ver tanto com o excesso de demandas por atendimentos sem necessidade clínica, quanto com a agressividade contida nas relações entre equipe e usuários. Ainda, a construção que levou a essa proposta partiu da própria porta de entrada principal da UBS, a partir do Acolhimento, prática consistente em receber os usuários e suas demandas, realizar escuta e articulações, pensando possíveis encaminhamentos, dentro e fora da atenção básica. Nesse sentido, buscou-se expandir esta prática/postura, apostando na coletividade.

Os participantes do Conselho Local exerceram um papel fundamental de divulgação das mudanças, percorrendo o bairro e chamando as pessoas a participarem das reuniões e a conhecerem a nova modalidade. Neste sentido, abrimos um caminho que uniria “o útil ao agradável”, transformando o dia de marcar consultas em um acolhimento coletivo, em grupo, onde pudéssemos provocar o estabelecimento de novas redes entre

vizinhos. Adicionalmente, a própria equipe poderia conhecer melhor quem eram aquelas vozes ao telefone, que desejos teriam, que possibilidades poderiam ser exploradas, que novos acordos, para além da consulta médica, poderiam ser feitos.

Existem várias definições para o termo Acolhimento. Essa multiplicidade de conceitos aponta para uma imensidade de sentidos e significados. Isso quer dizer que independente da definição, o importante é a clareza e ação adotada ou assumida com sua respectiva intenção. Na literatura, o acolhimento é visto como essencial para o trabalho na Atenção Básica (Machado, Colomé, da Silva, Sangoi & Freitas, 2016), principalmente para o estabelecimento de vínculo, devendo atravessar todos os momentos de encontro entre equipe e usuário (Machado et al, 2016).

O acolhimento é uma postura presente em todas as relações de cuidado, nos encontros diários entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acolhimento se revela nas práticas reais e não na teoria, e pode ser inventado e reinventado (Brasil, 2013b). Pensando na Atenção Básica como articuladora do cuidado num território que é único, está colocada a importância de processos coletivos constituírem-se como espaços válidos e potentes do fazer em saúde, especialmente em momentos como o atual, em que os territórios periféricos têm estado mais fragilizados em termos de políticas públicas. Com isso, fortalecer a autonomia dos sujeitos, democratizar conhecimentos sobre o processo saúde-doença, reforçar a saúde como direito de cidadania (Machado et al, 2016).

Justamente por ser a porta de entrada, a atenção básica tem papel de auxiliar os usuários a compreenderem como funciona o sistema. Ações coletivas de cuidado e de educação em saúde contribuem para agregar e possibilitar processos de libertação, provocando os sujeitos a pensarem criticamente os significados de saúde, compartilhando-os entre trabalhadores, militantes e usuários (Oliveira, 2016). Embasada nestas reflexões e a partir da possibilidade que se abria, a equipe, de posse do que foi deliberado em conselho local, começa a delinear o que seria esta invenção – como trazer o usuário idoso para perto (lembrando que, antes, era “só” levantar o telefone do gancho), como elaborar as ações, como “encaixar” este novo processo no fazer profissional e no cotidiano da equipe, como avaliar, principalmente, quem, na equipe “bancaria” a efetivação cotidiana desta experimentação.

À Ação! – Primeiras Experimentações

Buscando responder a esta última pergunta, procuramos ao máximo aliar desejo com função. Deveriam estar envolvidos aqueles que, em uma medida ou outra, eram imprescindíveis, como os agentes administrativos, responsáveis pela organização das planilhas de consultas e pelo agendamento, juntamente com pessoas que tinham o desejo de facilitar o processo de grupo que se formaria, pensando nele como um espaço de fortalecimento de redes comunitárias. Ainda, a equipe entendeu que técnicos de enfermagem e enfermeiros seriam importantes como profissionais de retaguarda, para avaliar com o usuário a real demanda, a necessidade de consulta médica, lançando mão de outros possíveis, para dentro e para fora da UBS. Assim, fomos desbravar esse novo caminho que ninguém ainda havia trilhado.

Definimos algumas diretrizes; o acolhimento coletivo seria semanal, às tardes, com duração de uma hora para que as pessoas chegassem (os desdobramentos de cada demanda seguiriam até o horário necessário para resolvê-los), e quem chegasse depois do horário seria convidado a retornar na semana seguinte. Em caso de urgência, seriam direcionados ao acolhimento da UBS, que é “porta aberta”, conforme descrito no decreto 7508/2011. A equipe que estaria envolvida nesse processo seria fixa, com tarefas definidas.

Transformamos a chegada dos idosos à UBS em uma porta de entrada, que levaria ao acolhimento coletivo, feito por uma parte da equipe, enquanto outra parte revisaria os prontuários de cada um que chegasse. Posteriormente, um a um, os idosos participantes do acolhimento coletivo seriam chamados individualmente para conversar sobre a demanda que os levou até ali e dar encaminhamentos. Por fim, ficou decidido que faríamos um mês de teste, com respectiva avaliação. Esta avaliação partiria de percepções da equipe e de preenchimento de uma pequena ficha, entregue a cada um que participasse de alguma forma do processo.

Ficamos divididos assim: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), elo fundamental entre equipe e comunidade (Brasil, 2009; Bender et al, 2016), realizariam a primeira recepção aos usuários no dia do Acolhimento Coletivo e a organização da espera. Distribuiriam fichas correspondentes à capacidade da sala de grupos e do número de consultas disponíveis para agendamento naquela semana, além de fazer a busca dos prontuários dos idosos que haviam comparecido no dia, entregando para a análise dos acolhedores.

A Psicóloga da UBS, em conjunto com os Residentes Multiprofissionais, e outros profissionais e

estagiários que foram compondo a equipe de trabalho, ficariam responsáveis pelo Acolhimento Coletivo propriamente dito, que se constituiu num grupo, ora com temática aberta, ora com temáticas previamente planejadas, sendo a condução sempre aberta. Inicialmente, o principal objetivo deste espaço de grupo seria explicar e discutir com a população as rotinas do posto de saúde e os motivos pelos quais a marcação de consultas modificou seu formato. Ao longo do tempo, foi-se percebendo aquele espaço como potente pra fomentar algumas discussões sobre saúde, política, território etc, conforme será explicitado ao longo do relato.

Finalizando, equipe de enfermagem e assistentes administrativos se ocupariam de agendar as consultas de acordo com as necessidades, tendo o cuidado de manter a longitudinalidade do acompanhamento com o mesmo profissional, a partir da revisão do prontuário. Identificariam demandas excessivas/ desnecessárias clinicamente, com liberdade de poder olhar exames trazidos pelos usuários e definir, em conjunto com eles, possíveis encaminhamentos. Os médicos não participaram de nenhum aspecto, mas pactuou-se que poderiam ser requisitados caso fosse necessário tomar alguma decisão mais urgente ou encaminhar pedidos de exames. Ainda, por ser uma UBS com equipe ampliada, foi possível abrir um leque de possibilidades desconhecidas/pouco usadas tanto pelos usuários quanto pela própria equipe: visitas domiciliares, grupos, discussões de caso, fluxos para outros profissionais, fluxos para outros setores sociais, como a Política de Assistência Social etc.

O “Coletivo” do Acolhimento

Para este relato de experiência, escolhemos realizar um recorte do processo, priorizando o Acolhimento Coletivo em si, espaço que possibilitou aflorarem metodologias participativas e fortalecimento comunitário. O acolhimento se dava na sala de grupos da UBS, a qual comportava de quinze a vinte pessoas por vez; portanto, dividíamos os idosos (e eventuais familiares/ acompanhantes) em pequenos grupos, e sua configuração ia se modificando conforme os participantes eram chamados para o momento individual, e novos iam entrando. Pode-se depreender daí que este foi um espaço pensado, inicialmente, como um intermediário, uma maneira de tornar a espera mais agradável, com uma conversa sobre as rotinas do posto.

Inicialmente, o espaço de grupo foi continente de muitos sentimentos contraditórios: anseios, dúvidas, mágoas, alegrias e esperanças relacionadas ao novo espaço, ao trabalho da equipe de saúde e às suas próprias

dores e experiências de vida. Como já dito, os primeiros encontros serviram para explicar a mudança de fluxo, tendo em vista que muitos idosos sentiram-se prejudicados por terem que se deslocar até à UBS. Ao longo das explicações e reclamações, surgiram inúmeros relatos de idosos que nunca haviam conseguido marcar consultas, e que suas rotinas da quarta-feira (dia dedicado ao agendamento telefônico) eram ficar ao lado do telefone discando o número do posto. A partir destas falas, os idosos que sempre conseguiam agendar suas consultas deram-se conta de que o processo não estava sendo equitativo, e a discussão sobre a mudança no agendamento foi sendo qualificada pela compreensão dos usuários sobre as situações de cada um presente na sala. Cabe ressaltar que idosos acamados e/ou impossibilitados de se deslocarem podiam agendar via terceiros ou ter agendamento domiciliar.

Passado esse primeiro momento, muitas histórias foram contadas, sobre perdas de pessoas queridas, doenças e itinerários terapêuticos, envelhecimento, dificuldades no acesso aos serviços do posto, desconhecimento e reivindicação de direitos. De início, os olhos e a atenção se voltavam aos trabalhadores, para que dessem respostas ou provocassem novos assuntos; aos poucos, os próprios participantes iam preenchendo as lacunas com divergências, ensinamentos, trocas de telefones, trocas de experiências. Deste “gancho”, os facilitadores do espaço perceberam que outros questionamentos eram possíveis: Que histórias de vida circulam naquele espaço? Que necessidades / desejos de saúde o compõem? Que demandas além-doença trazem aqueles sujeitos? As respostas permitiram extrapolar aquele espaço, pouco a pouco, e nos deram as primeiras pistas de que havia desejos de entrelaçamento afetivo entre as pessoas do grupo.

Buscando realmente explorar a palavra “acolhimento” nas suas diversas potências, toda semana preparávamos um chá para ser servido ao grupo, com alguma comida (frutas, bolachinhas, bolos caseiros). Um dos indicadores afetivos de que o grupo estava rumando para uma apropriação coletiva foi quando os próprios usuários começaram a trazer saquinhos de chá ou alimentos para compartilhar no dia em que marcavam suas consultas. Participantes traziam receitas para trocar e ensinar aos presentes, recebendo, em posterior encontro, retorno daqueles que tentaram desenvolvê-las em casa.

O propósito do espaço foi se modificando, então. O acolhimento coletivo mostrou potência de fortalecimento comunitário e de novos entrelaçamentos (resgatando um dos motivos de modificar a marcação de consultas, o de que havia muitos idosos solitários no bairro, fazendo uso de medicações psicotrópicas e com

diversas questões de saúde). Este movimento ganhou vida no reconhecimento mútuo de desejo entre trabalhadores e usuários. Ocorriam conversas sobre a situação política do país – e nosso papel nela –, sobre saberes comunitários, como chás para diversos “males” físicos e existenciais, ou dicas de equipamentos sociais frequentados pelas pessoas. Para cada semana, elegíamos um tema norteador, entendendo que somos circundados e atravessados não só por determinantes sociais, mas também econômicos e políticos (Oliveira, 2016). Estes temas nos guiavam mais como trilhas do que como trilhos, auxiliando-nos a enxergar por onde poderíamos disparar sentimentos de coletividade e de conhecimento de si.

Transformações Possíveis

Alguns temas que floresceram no grupo permitiram aos usuários questionarem práticas realizadas dentro da UBS, gerando demandas de que profissionais fossem ao espaço explicar seu trabalho e ser confrontados sobre fluxos de atendimento. Permitiram, também, que as pessoas compreendessem e discutissem a política do SUS com mais propriedade. Um exemplo emblemático foi a constante demanda por postos de saúde que funcionassem 24h, no que nos sentimos provocados a explicar o papel da atenção básica e dos outros níveis de atenção, gerando uma discussão interessante e acalorada. Possibilitou revisar uma demanda cristalizada no senso comum, tão repetida por candidatos a governo. Identificamos pessoas que desejam ser cuidadas e entendem que o funcionamento ininterrupto do posto, com aumento de consultas médicas, daria conta disso. Sem levar verdades, apenas o que acreditávamos somado ao que a política preconizava, conseguimos problematizar a questão de maneira qualificada.

Oliveira (2016) aponta, em seu estudo, achados semelhantes: relatos de impressões gerais dos usuários sobre o funcionamento do SUS, dissociação do preconizado com o realizado, bem como sentimento de exclusão do processo político como um todo, seja por descrença, ou por não se enxergar como parte. Um dos direcionamentos da autora com vistas a problematizar essas temáticas foi na mesma linha da nossa experiência: trazer à tona o papel das mídias hegemônicas na degradação de serviços públicos e direitos de cidadania em detrimento dos sistemas privados de saúde.

O fortalecimento comunitário também se deu de maneiras muito afetivas: durante aquelas tardes, além dos já referidos chás, foram trazidos, pelos idosos, poemas e canções que acalentaram histórias sofridas partilhadas naquele espaço. Viagens para vários cantos do

Brasil e do mundo foram contadas ali, e nós, como profissionais da UBS, também pudemos conhecer e habitar, momentaneamente, um universo desconhecido que cada usuário trazia e que, no cotidiano das queixas, das preconceções, da rotina e do cansaço, da visão sobre a doença e o sintoma, passavam despercebidos.

Coletivamente, ainda pudemos presenciar ensaios de movimentos emancipatórios potentes, como no encontro em que discutimos sobre direito à saúde, abordando a lei do SUS; ou no encontro em que debatemos segurança alimentar e direito à alimentação saudável. Destes dois últimos assuntos, resultou uma mobilização para construir uma horta comunitária no bairro, agregando pessoas que tinham saberes sobre como cultivar e organizar hortas, trazidos de muitos lugares do interior do Rio Grande do Sul, de onde vieram para morar no bairro atual. Esta mobilização partiu de um descontentamento geral sobre a disposição dos apartamentos no território, que não permitiam sequer ter hortas verticais, pois eram pequenos e mal iluminados, somado a um desejo de repensar o consumo de vegetais e frutas a partir de uma perspectiva sem agrotóxicos, de colaboração mútua, de apropriação de espaços do bairro.

Dos Movimentos do que é Vivo – Avaliações, Nós Críticos, Potências

A experiência do Acolhimento Coletivo do Idoso ocorreu durante o ano de 2014, e durou cerca de oito meses, desde as primeiras inquietações na equipe até a decisão de finalizá-lo. Esta decisão ocorreu durante a reconfiguração de organização do trabalho da equipe como um todo, que julgou não encontrar mais sentido no Acolhimento Coletivo. Cabe ressaltar que, ao contrário do movimento que o disparou, a decisão de encerrá-lo foi tomada sem a participação do Conselho Local de Saúde. Após o primeiro mês da realização semanal do Acolhimento Coletivo do Idoso, obtivemos 96% de aprovação, em pesquisa respondida por 169 usuários, dentre idosos e acompanhantes. Incluem-se aí pessoas que se opuseram ao novo formato quando do momento coletivo e que, ao receber escuta sensível e após passar por todas as etapas, avaliaram de maneira positiva. Inclusive, houve idosos que iam à UBS para participar somente do momento coletivo, não necessitando de consultas médicas.

A equipe se deu conta do desconhecimento da história de muitos usuários, tendo em vista que sua configuração não permitia saber o que se passava com cada família do território. Neste sentido, concomitante ao Acolhimento Coletivo do Idoso, a equipe iniciou

discussões que culminariam, no ano seguinte, à reconfiguração da sua organização de trabalho, transformando-se em miniequipes que atuariam por áreas de vigilância, visando garantir a longitudinalidade e a relação próxima com as pessoas.

Pode-se depreender que toda experimentação é válida, mesmo que tenha chegado ao fim, pois dispara sempre algum movimento nas equipes de saúde; e movimento é vivacidade. A avaliação que organizamos nos deu outros indícios além da satisfação dos usuários; evidenciou para a equipe quais eram as necessidades dos idosos, traduzidas pela demanda imaginária (Franco & Merhy, 2005), mas também quais eram as produções imaginárias de oferta que a equipe realizava, ao apostar fortemente nas consultas médicas individuais e ao compreender, anteriormente ao Acolhimento Coletivo, que era isso e nada mais que as pessoas demandavam.

Este movimento rumou para duas vertentes: a primeira, na possibilidade de colocar diferentes lentes sobre o trabalho, pensar sobre diferentes entendimentos e ampliação do que seria “acolhimento”; a segunda, na evidência da separação dos processos de trabalho da equipe, em especial no que se refere a trabalho individual e trabalho coletivo. Isso se deu tanto no próprio Acolhimento Coletivo, a partir dos relatos de sobrecarga por parte da equipe de enfermagem, quanto na dissociação da experiência por parte de diversos profissionais (envolvidos ou não com o Acolhimento Coletivo) que não reconheceram, até o final, a legitimidade do que ocorria semanalmente.

Ainda, ficou claro o incômodo dos trabalhadores com os efeitos suscitados no sentimento de autonomia que foi provocado nos usuários, idosos especificamente, que passaram a questionar fluxos, decisões, posturas. Os usuários, segundo membros da equipe, estavam ficando “politizados demais”, e isso não era bom. Avaliamos que, no lugar de desacomodar os profissionais da equipe, de estabelecer uma provocação, esta nova postura incomodou, levando a ações que minassem esse fenômeno. Neste sentido, é importante ressaltar que esta modalidade de atendimento à demanda de agendamento de consultas foi inédita, enfrentando resistências institucionais, de instâncias gestoras da atenção básica, no sentido de “enquadrar” a ação, colocá-la dentro de um viés de saúde procedimento-centrada, baseada em procedimentos, consultas e produtividade. É sempre uma resistência árdua a ser feita enquanto equipe, principalmente quando as formações profissionais tendem a caminhar nesta lógica.

Certa semana, a sala de grupos havia ficado inviabilizada, e era dia de acolhimento coletivo. Os

facilitadores do grupo prontamente se ofereceram para fazer o acolhimento na sala de espera da UBS, a qual não era muito convidativa a estruturas de roda. Os trabalhadores que circulavam pela sala de espera, envolvidos em atendimentos individuais, aparentaram em suas feições o incômodo com o que ocorria no local, que se tornava barulhento, agitado, constantemente em movimento, em meio a uma rotina que não abria espaços para a coletividade. As reações ao fato de o processo sair de uma sala fechada e circular por outros espaços mostrou que os desejos não eram uníssonos na equipe. Mesmo para quem facilitava o espaço “desterritorializado”, também existia um sentimento de deslocamento, de desconforto, estranhamento. Este acontecimento forneceu indícios de que, talvez, por diversos motivos, o Acolhimento Coletivo do Idoso ainda era um “elefante branco”, literalmente, no meio da sala.

Passados os primeiros meses, ainda remando na contracorrente dos processos hegemônicos daquela equipe em particular e da saúde como instituição, foi preciso lutar contra o cansaço, as incertezas, a necessidade semanal de encontrar parcerias na equipe (pois seguimos apostando no desejo de estar no espaço), bem como a dificuldade de instituir processos avaliativos e de reflexão mais contínuos. Este último ponto é chave para manter experiências oxigenadas e os atores alinhados, pois permite repactuar acordos, rever pontos críticos, e manter o sentido das práticas.

Foram feitas mudanças pontuais ao longo do processo para dinamizar o acolhimento. Vimo-nos tentando dar conta de um ritmo produtivista imposto ao cuidado e à saúde pública em geral, que respinga cotidianamente na atenção básica (de Medeiros & Rocha, 2004; dos Reis, Fortuna, Oliveira & Durante, 2007; Lara, 2011), e que chegava, a passos largos, ao Acolhimento Coletivo do Idoso. Outras tentativas para aproximar toda a equipe desta experiência também foram feitas, mas cada vez mais se notava o esvaziamento de sentido daquele processo.

Contrariando o paradigma hegemônico biomédico e produtivista, o momento coletivo do Acolhimento era defendido pela sua potência própria, como forma de reduzir a medicalização da vida, de provocar movimentos reflexivos, de fortalecimento de si e da comunidade, tão fragilizada pela distância do centro da cidade e defasada dos equipamentos sociais de cultura e lazer. O espaço estava potencializando movimentos já existentes entre os usuários, os quais se fortaleceram a partir do processo do grupo. Neste sentido, existiu, em determinado momento, desejo de desagregar o espaço coletivo do agendamento de consultas, passando a existir como espaço próprio.

Entretanto, a ideia não ganhou força diante de outras discussões sobre organização do trabalho que tomaram a equipe. Diversas outras pessoas da equipe compreendiam o momento coletivo como uma sala de espera ampliada, onde aguardavam para o momento real, que era o da avaliação individualizada da demanda e o agendamento. Inevitavelmente (neste paradigma), o olhar foi rumando (ou retornando?) mais para o momento individual do agendamento e da disponibilidade das consultas. O espaço coletivo foi sendo fragilizado pela equipe que via de fora. Quando começou-se a abordar o término do processo coletivo, é interessante analisar que não houve resistência organizada pelo Conselho Local de Saúde, nem pelas instâncias gestoras da atenção básica, à exceção de usuários que vinham, individualmente, solicitar manutenção daquele vínculo.

Evidenciou-se também relação direta, estabelecida pela equipe como um todo, entre oferta de cuidado e oferta de consultas; os profissionais ficavam ansiosos quando notavam que tinham poucas consultas para oferecer naquela semana, devido à redução no número de profissionais por adoecimento, férias etc, ou quando viam um número grande de idosos aguardando. A equipe não conseguia utilizar isso como um analisador dos próprios entendimentos sobre oferta de cuidados, embora fossem feitos tensionamentos. Neste sentido, houve surpresa com a grande quantidade de situações cujo encaminhamento era outro que não o das consultas médicas, dado que também obtivemos ao avaliar as demandas que chegavam e seus encaminhamentos, com o objetivo de redimensionar o número de consultas médicas na organização semanal.

Finalmente, embora a equipe diretamente responsável pelo Acolhimento Coletivo tenha iniciado processo de autoconscientização das questões apontadas acima, mesmo que de maneira incipiente e lutando contra diversos entraves (inclusive de condições de trabalho e número de pessoal), a equipe geral não revisou profundamente os sentidos do fazer saúde naquele contexto e para si, o que pode ter contribuído para, em determinado momento, o Acolhimento Coletivo ter se tornado uma “bolha” dentro do processo de trabalho da equipe.

Para efetivar mudanças com os usuários, precisa-se construir a noção de acolhimento como dispositivo de integralidade na equipe, problematizando também as soluções e o cuidado em saúde pensado pelos trabalhadores (Medeiros, Iung & Comunello, 2007). Isso implica uma profunda transformação no próprio sistema (Lopes, Rodrigues & Barros, 2012), resgatando o que Franco e Merhy (2005) trazem ao apontar que a demanda também é produzida pelo

que é oferecido pela equipe. Notamos que, apesar das constantes reclamações sobre a demanda excessiva dos idosos por consulta médica “para qualquer coisa”, a equipe não conseguia sair do lugar de quem também aposta nesta tecnologia como a mais eficaz. Portanto, em algum nível, produções de oferta e de demanda eram consonantes entre si.

Como efetivar o acolhimento como porta de entrada, com acesso aberto, sem sobrecarregar os trabalhadores de saúde, ampliando seu conceito? É fundamental compreender acolhimento menos como procedimento e mais como postura, utilizando qualitativamente o espaço com o usuário (Franco & Merhy, 1999; Medeiros, Iung & Comunello, 2007; Coelho & Jorge, 2009; Oliveira, Floresta, de Oliveira, de Souza, & Freira, 2017). Esse, fundamentalmente, foi um dos norteadores da mudança neste processo de trabalho específico, compreendendo que um dispêndio maior de tempo analisando cada situação e subjetividade geraria economia de procedimentos e diminuição de consultas desnecessárias, ofertando à pessoa escuta efetiva e compreensão do seu sofrimento.

A potência de tirar das mãos do profissional a determinação do que se oferta e o que se demanda, abrindo pistas e caminhos para que os usuários se enxerguem neste processo e disputem estes entendimentos foi um dos ganhos no sentido de problematizar o paradigma vigente na saúde e na atenção básica (paradigma biomédico centrado em relações produtivistas), típico do sistema capitalista em que nos inserimos. O cenário atual que se coloca exige mais do que esforços individuais para se conquistar algo semelhante a um sentimento de certeza e segurança – a própria configuração que se delineia nos dias atuais é a precondição para uma vivência marcada pelo desamparo (Tavares, 2010). A não ser que lutemos coletivamente.

A configuração atual de tempo e espaço não permite cristalizar um passado histórico, existindo sempre um presente contínuo e fugaz. O espaço forjado no grupo permitiu resgatar histórias, constituir passados. A configuração do acolhimento coletivo permitiu reverter, momentaneamente, o relógio desenfreado do agendamento de consultas. Apreciar a conversa com um chá, afinal, isso também não é saúde? Reverter a lógica da marcação procedimental da consulta por um bom “olho no olho” (ou “olho no prontuário”) é desafiar o tempo colocado na contemporaneidade. Provocar o (s) possível (eis) destas experimentações foi, também, objetivo do presente relato de experiência, até porque, apesar de todos estes pontos críticos, o Acolhimento Coletivo do Idoso, em suas diferentes dimensões, disparou reflexões

que reverberaram em horizontalizações graduais entre trabalhadores e usuários em outros processos de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M. L., Rodrigues, J. L. R., Soares, M., Dalat, R., Magalhães, R., & de Medeiros, T. L. (2017). Participação social através da criação de um conselho de saúde: relato de experiência. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*, 7(1), 102-102.
- Batistoni, S.S.T. & Neri, A.L. (2007) Percepção de classe social entre idosos e suas relações com aspectos emocionais do envelhecimento. *Psicologia em Pesquisa UFJF*, 1(2), 3-10.
- Bender, K.G., dos Santos, A.C., Dutra, B.D., Alves, L.M.S., Assunção, A.N., & Krug, S.B.F. (2016) Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Jovens Pesquisadores*, 6(2), 45-59.
- Brasil (2009) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013a) Ministério da saúde. Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS (2ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013b) Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea (1ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65.
- Coelho, M. O., & Jorge, M. S. B. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência e saúde coletiva*, 14(1), 1523-1531.
- dos Reis, M. A. S. D., Fortuna, C. M., Oliveira, C. T., & Durante, M. C. (2007). A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 655-666.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 181-193). Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco.
- Lara, R. (2011). Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. *Revista Katálysis*, 14(1), 78-85.

- Lei nº 7508, de 28 de junho de 2011 (2011). Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado em 02.06.2017 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
- Lopes, D. D., Rodrigues, F.D. & Barros, N.D.V.M. (2012) Para além da Doença: Integralidade e Cuidado em Saúde. *Psicologia em Pesquisa UFJF*, 6(1), 68-73.
- Machado, L. M., Colomé, J. S., Silva, R. M. D., Sangoi, T. P., & Freitas, N. Q. (2016). Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *Rev. pesqui. cuid. fundam.*(Online), 4026-4035. Recuperado em 22.05.2017 em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3384/pdf_1830.
- Medeiros, S. M. D., & Rocha, S. M. M. (2004). Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 399-409.
- Medeiros, R.H.A., Iung, A.M.B. & Comunello, L.N. (2007) A Espera: projeto e ação de acolhimento a partir da escuta da população. *Psico*, 38(1), 17-24.
- Oliveira, R.A. (2016) Intervenção de estágio na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Campos Sales: Fomentando a capacidade crítica, política, e democrática dos usuários da Unidade. Trabalho de Conclusão de Curso, Recuperado em 18.04.2017, em <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/10339>.
- Oliveira, K. A. S., de Godoi Floresta, A. C., de Oliveira, M. C., de Souza, V. S., & de Vasconcelos Freira, P. (2017). Acolhendo as necessidades de saúde: um relato de experiência. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care*, 7(1), 95-95.
- Tavares, L.A.T. (2010) A depressão como “mal estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. São Paulo: Cultura Acadêmica.

Endereço para correspondência:

Lara Monteiro Schuck
 Universidade Federal de Santa Maria
 Av. Roraima nº 1000 - Cidade Universitária
 CEP: 97105-900 – Santa Maria/RS
 E-mail: s.mlara@hotmail.com

Recebido em 08/06/2017

Aceito em 15/09/2017

Promoção da Saúde em moradia estudantil: desafios para o fortalecimento da coletividade

Health Promotion in a student housing: challenges to strengthen collectiveness among the tenants

Daniela Ribeiro Schneider^I

Luiza Harger Barbosa^{II}

Francine Simon^{III}

Daniele Souza Steglich^{IV}

Luciana Oliveira de Jesus^V

Resumo

Moradias universitárias atuam como via de inclusão social por possibilitarem a permanência dos alunos em situação de vulnerabilidade socioeconômica. No entanto, moradores relatam o enfrentamento de preconceitos, dificuldades de convivência, e diversas formas de sofrimento. O objetivo é partilhar a experiência de um projeto de pesquisa participativa e extensão focado no desenvolvimento de ações em promoção da saúde numa moradia estudantil. A entrada no campo e os instrumentos de diagnóstico situacional foram realizadas entre 2015 e 2016, com a participação de residentes, técnicos e gestores da moradia, e contribuíram para o levantamento e planejamento de intervenções com as demandas psicossociais apresentadas pelos moradores, visando fortalecer ações coletivas que sirvam como fator de proteção para vulnerabilidades psicossociais.

Palavras chave: Promoção da saúde; Moradia estudantil; Vulnerabilidade; Instituições de ensino superior; Pesquisa participativa.

Abstract

Student housing fosters social inclusion by providing housing for students who have social and economic vulnerabilities. Nevertheless, the tenants report situations involving prejudice, struggles in living with other people as well as other types of suffering. The aim of is to share a participative research and extension project which goal is to develop actions to promote health in a student housing. The diagnosis of the situation with the help of research instruments occurred in the timespan of 2015 and 2016, having the tenants, technicians and housing administrators as a part of this process. The strives were to plan actions based on the students' needs in order to strengthen collectiveness as a way of protection from vulnerabilities.

Keywords: Health promotion; Dormitories; Vulnerability; Higher education institutions; Participant research.

^IPsicóloga, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Clínica da Atenção Psicossocial - PSICLIN/UFSC. Bolsista produtividade em pesquisa 2 pelo CNPQ

^{II} Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina

^{III} Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina

^{IV} Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina

^V Psicóloga, doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

lucianoj84@gmail.com

O processo de inclusão social no Brasil tem passado, como uma de suas estratégias, pelo processo de democratização do acesso às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), no caminho de diminuir desigualdades que têm sido marca expressiva ao longo da história da instituição universitária (Vasconcelos, 2010; Costa & Rauber, 2009). A partir da ampliação do acesso de estudantes em situação de vulnerabilidade social e econômica ao ensino superior, vem se produzindo transformações no cotidiano das universidades, o que sinaliza a importância de políticas de assistência estudantil que possibilitem a permanência desses universitários para conclusão de seus cursos (Leite, 2012; Vasconcelos, 2010).

As IFES consolidam programas e ações de assistência estudantil condizentes com as realidades locais e regionais, a partir das diretrizes e do financiamento

advindos do Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), instituído em 2010. Entre as ações de assistência estudantil consideradas fundamentais para a permanência na universidade, encontram-se as modalidades de auxílio-moradia, por meio do auxílio financeiro mensal ou de vagas disponibilizadas em moradias estudantis ou casas dos estudantes. Em relação às moradias estudantis, as vagas são destinadas aos alunos que se deslocam de outras cidades e não teriam condições de se manter financeiramente ao longo do andamento do curso. O jovem universitário que passa a residir em moradias estudantis tem como uma das etapas iniciais comprovar suas dificuldades financeiras e cumprir os requisitos institucionais para garantia do benefício. Além disso, somam-se mudanças ambientais, culturais, sociais e na rede de apoio diante da sua entrada

na universidade e na própria moradia (Osse & Costa, 2011; Shaikh & Deschamps, 2006).

Nas experiências em moradias universitárias, a dinâmica vivenciada implica dividir quarto com pessoas desconhecidas, partilhar espaços coletivos com vários moradores (laboratórios, salas de estudo, cozinha e lavanderia, por exemplo), desenvolver habilidades para construir novas amizades, conviver com a distância da família e amigos e enfrentar dificuldades financeiras para se manter na universidade (Berlato & Sallas, 2008; Garrido, 2015; Sousa & Sousa, 2009). Ao mesmo tempo que a moradia estudantil propicia uma via de acesso à inserção social, por ampliar a possibilidade de o estudante permanecer na universidade pública e concluir seus estudos, apresenta-se também como um espaço que produz possíveis riscos e dificuldades de diversas ordens, dando indícios das contradições da moradia como ambiente saudável (Osse & Costa, 2011).

As adversidades enfrentadas na moradia muitas vezes são acompanhadas de vivências de sofrimento, exclusão e humilhação (Sousa & Sousa, 2009). Tais adversidades ultrapassam o espaço da moradia e são encontradas, também, na relação estabelecida entre residentes e diferentes espaços na universidade. Em estudos realizados com a participação de residentes universitários, foram relatadas situações de preconceito dentro da universidade por conta da sua condição de residentes, sendo produzidos significados distorcidos sobre a pessoa dos moradores (Laranjo & Soares, 2006), outrora reconhecidos e rotulados como bagunceiros, maconheiros e pobres (Sousa & Sousa, 2009), situação relatada pelos participantes do projeto.

No cenário atual, no qual se amplia a necessidade de demandas por políticas de assistência estudantil, incluindo a necessidade de vagas em moradias estudantis, para além da garantia do benefício, outras demandas relacionadas às dinâmicas relacionais, regras de convivência, gerenciamento dos espaços e das condições psicossociais emergem no cotidiano das moradias universitárias. Diante disso, torna-se relevante a realização de ações e projetos de intervenção que considerem os determinantes em saúde que atuam nas situações vivenciadas pelos residentes, tendo em vista a complexidade do fenômeno da saúde e a perspectiva do cuidado integral dos sujeitos (Schneider, 2015).

O presente artigo visa descrever a experiência de uma pesquisa intervenção em moradia estudantil no sul do país, desenvolvida dentro de um projeto de extensão universitária, na perspectiva da promoção da saúde. Os projetos de extensão ocupam um lugar importante

na universidade por direcionarem ações que ampliam seu caráter intervencionista em ações políticas, pedagógicas e científicas, visando à formação acadêmica e à melhoria da qualidade de vida da população envolvida (Fernandes, 2009).

O projeto parte de uma perspectiva ampliada de saúde na tentativa de superar perspectivas fragmentadas de saúde, ou seja, uma concepção de saúde inseparável das condições concretas de existências dos sujeitos envolvidos (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013). A seguir será apresentada as bases teóricas e conceituais que fundamentam o projeto proposto.

Pressupostos Teóricos

A perspectiva da promoção da saúde é norteadora da construção teórica e metodológica do projeto, tendo em vista a proposta de estreitar relações de solidariedade e confiança dos participantes e o envolvimento das pessoas na construção de ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente daqueles que vivenciam condições de vulnerabilidade (Buss, 2009). As iniciativas baseadas na promoção da saúde levam em consideração o atendimento das necessidades de um sujeito, grupo ou comunidade considerando as condições de equidade em saúde, em cada contexto histórico e social, no intuito de tornar evitáveis essas condições e de possibilitar que as pessoas busquem seu potencial em saúde a partir da integralidade (Westphal, 2006).

Ao propor uma visão ampliada de saúde, o projeto se aproxima da concepção dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) para compreender as condições de vida e dinâmicas relacionais vivenciadas pelos residentes na moradia universitária. Este modelo permite identificar determinantes em saúde em suas diversas dimensões, desde condicionantes mais próximos das características individuais, como idade, sexo e fatores hereditários, até aspectos macrossociais, como condições culturais, socioeconômicas e ambientais. As dimensões intermediárias perpassam pelos estilos de vida dos indivíduos, pelas redes sociais e comunitárias, e pelos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho (Carvalho & Buss, 2009).

Consolida-se, portanto, como uma abordagem ampliada para compreender o processo saúde/adoecimento e seus princípios norteadores que direcionam ações de saúde pautadas na participação social e na intersetorialidade. Entende-se que é possível a articulação entre saúde e condições de vida, levando em consideração desafios sociais, culturais e econômicos dentro

da perspectiva da atenção integral, a partir de intervenções de cunho psicossocial. Neste sentido, a perspectiva psicossocial passa a compor o cenário das estratégias de produção de cuidado em saúde, tendo em vista uma compreensão ampliada e integrada dos componentes sociais, psíquicos, culturais e comportamentais envolvidos no processo de saúde e adoecimento, como, também, das manifestações de sofrimento psíquico. Entende, assim, que a *problematização da integralidade deve ser a orientação para a compreensão do psicossocial* (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Seguindo na mesma linha, levando em consideração a complexidade entre o processo saúde e adoecimento, Paiva (2013) entende que o modo psicossocial busca aprofundar a prática na direção da integralidade no cuidado daqueles que vivenciam formas de sofrimento, de acordo com as suas várias necessidades. É uma proposta de olhar o sujeito que sofre ou enfrenta dificuldades em seu cotidiano pela própria experiência vivida desse sujeito, considerando o contexto histórico e social no qual se localiza essa experiência (Amarante, 2013).

Algumas pessoas ou comunidades se encontram em situações mais suscetíveis ao enfrentamento de dificuldades psicossociais, e para apreender tais condições a abordagem conceitual da vulnerabilidade pode contribuir nessa compreensão. A vulnerabilidade é atribuída quando se quer expressar os potenciais de adoecimento ou não adoecimento relacionados a todo ou cada um dos indivíduos que se situa em um conjunto de condições (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2009). As pessoas não *são* vulneráveis, elas *estão* vulneráveis com relação à determinada situação, num certo ponto do tempo e espaço e em diferentes graus que podem sofrer mudanças a cada momento (Paiva, 2013; Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2009). Destaca-se, assim, o caráter relacional e multidimensional de qualquer situação de vulnerabilidade.

É neste sentido que a interface entre vulnerabilidade e atenção psicossocial permite uma aproximação com o fenômeno do sofrimento psíquico direcionando para uma compreensão do fenômeno a partir das condições vivenciadas pelo sujeito, em um determinado contexto de social, como, também, em toda a sua complexidade como sujeito em relação com mundo. Aproximações com o modo psicossocial possibilitam a construção de um olhar ampliado e multidimensional para compreender os desafios vivenciados pela condição de residente em moradia estudantil e planejar possíveis intervenções coletivas, no intuito de melhorar as condições de vida de seus estudantes.

Há alguns indicadores importantes para a formulação de projetos de promoção da saúde, elaborados pelo projeto PROMISE (*Promoting Mental Health, Minimising Mental Illness and Integrating Social Inclusion through Education*), relativo ao desenvolvimento de orientações europeias para a formação de profissionais sociais e de saúde na promoção da saúde mental. Entre estes critérios deve-se incluir representantes das populações diretamente afetadas pelo objetivo de promoção da saúde mental em questão, sendo encorajados a participar na fixação dos objetivos de saúde e na concepção do projeto e entrega do programa, no sentido do empoderamento dos participantes (Greacen et al., 2012). Neste sentido, o projeto em pauta considerou o modo como se constitui a relação entre os atores envolvidos (moradores, administradores, gestores, professores envolvidos no projeto) e o conhecimento de aspectos históricos, políticos e conjunturais acerca do campo de intervenção no qual buscamos desenvolver um processo de investigação. Para a construção de estratégias de intervenção se torna fundamental durante todo o processo a participação ativa da comunidade implicada na análise produzida, sendo explicitado seus movimentos, problemáticas, formas de ação e processos sociais (Rocha, 2006).

MÉTODO

O presente trabalho é desenvolvido a partir de pesquisa intervenção que integra um projeto de extensão universitária com objetivo desenvolver ações de promoção da saúde, a partir de uma metodologia participativa. Metodologias participativas procuram conhecer e intervir em uma realidade, levando em conta o trabalho conjunto entre aquele que propõe e quem se beneficia das propostas, considerando as dimensões históricas, éticas, políticas e socioculturais do conhecimento (Thiollent, 1988; Vasconcellos, 1998). O cotidiano é fruto da experiência coletiva, e considera-se as situações e os resultados organizados a partir das pesquisas participativas sempre provisórios, sendo fundamental a contextualização dos fatores, a análise das forças que os produziram e dos efeitos das práticas (Rocha, 2006).

A proposta da pesquisa intervenção propõe que as etapas sejam desenhadas no decorrer do projeto, ou seja, nem todos os procedimentos estão definidos a priori pelos participantes. Experiências de pesquisa intervenção caminham no sentido da articulação entre teoria e prática e entre sujeito e objeto, na medida em que o conhecimento e a ação sobre a realidade se farão na investigação das necessidades e interesses locais, na

produção de formas organizativas e de uma atuação efetiva sobre essa realidade (Rocha, 2003). Dentro da perspectiva da promoção da saúde, Mendes, Pezzato e Sacrado (2016, p. 1738) apresenta alguns dos desafios de metodologias que partem da promoção da saúde, sendo um campo que anseia “desde uma perspectiva crítica, potencializar processos de mudança, fortalecer a autonomia dos sujeitos, a participação, a valorização de movimentos instituintes, os processos de subjetivação e atribuir significados e sentidos para as experiências”.

O projeto envolve a participação de professores de diversas ênfases da Psicologia: saúde, educacional, ambiental e institucional, juntamente com alunos da graduação e pós-graduação. Além da conexão entre ênfases diferentes do campo da Psicologia, o projeto se constrói a partir da interface entre conhecimentos dos campos da saúde e educação, cabendo a compreensão intersectorial sobre o fenômeno estudado.

Em relação à moradia, a instituição é formada por cerca de 157 residentes, todos estudantes de cursos de graduação, dos sexos masculino e feminino. Sua construção foi edificada nas proximidades do campus da universidade e tem como objetivo atender as necessidades de alunos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, oriundos de outros municípios ou estados. Há um espaço dirigido para vagas temporárias para universitários que estão aguardando vagas na moradia principal ou àqueles que estão à espera de outros tipos de auxílio moradia. Quando selecionados para a moradia, os estudantes dividem quarto e banheiro com outro colega, assim como compartilham a cozinha com duas outras pessoas do quarto vizinho.

De acordo com dados da instituição, foi identificado que a maioria dos residentes da moradia são homens (55%), oriundos em sua maioria de cidades de Santa Catarina, mas conta também com estudantes de outros estados brasileiros, como São Paulo e Rio Grande do Sul. A grande maioria dos estudantes cursou o ensino médio em escolas públicas (87%) e uma parte deles, cerca de 32%, entrou na universidade vinculada às políticas de ações afirmativas da instituição. Além dos estudantes, a moradia estudantil em questão conta com outros atores importantes, como a equipe de manutenção, porteiros, vigilantes e da administração, assim como a equipe de técnicos administrativos da universidade que auxiliam nas demandas psicossociais que emergem do grupo.

O projeto iniciou em 2015 e segue em continuidade, em 2017. Os resultados abaixo correspondem às etapas dos dois primeiros anos de realização do projeto, como entrada no campo e diagnóstico situacional

realizado, assim como, os passos seguintes para a construção de estratégias coletivas com o grupo envolvido tendo em vista compreender as condições psicossociais dos residentes e construir intervenções que possam atuar na melhoria das condições de vida de seus moradores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo a Realidade e Demandas Locais: Aproximações com a Perspectiva da Promoção da Saúde

O projeto iniciou em 2015 a partir do contato das gestoras da Pró-reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), setor da instituição universitária responsáveis pela gestão da moradia, com o Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN¹). A demanda institucional apresentada buscava parceria para planejamento de ações relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas em moradia estudantil, pois este vinha gerando problemas frequentes no espaço. Os gestores também manifestaram preocupação com as condições psicossociais presentes no cotidiano dos residentes, tendo em vista que alguns estudantes buscavam ajuda por apresentarem sinais de sofrimento psíquico grave, realizarem uso e abuso de álcool e drogas e pelas condições de vulnerabilidade vivenciadas no processo de permanência na universidade.

No campo das pesquisas sobre a saúde em moradias estudantis, a experiência de viver em moradias universitárias pode provocar impacto sobre a saúde dos estudantes e condições que propiciam sofrimento psíquico (Osse & Costa, 2011; Shaikh & Deschamps, 2006). Em pesquisa que buscou conhecer alguns aspectos psicológicos e sociais de universitários moradores da casa do estudante da UnB foi identificada a necessidade de atenção a esse público por conta da carência de recursos materiais e de saúde, como também recursos precários de enfrentamento, poucos fatores de proteção e assistência insuficiente para atender toda essa complexidade de demandas (Osse & Costa, 2011)

No intuito de ampliar o olhar sobre o fenômeno das experiências de ser residente em moradia estudantil e a produção de saúde dentro do espaço da moradia, a proposta do planejamento da intervenção foi pensada a partir da articulação com as áreas da psicologia

1 O PSICLIN é um núcleo de pesquisas que tem como objetivo geral promover e integrar atividades de estudo, pesquisa e extensão referente à Atenção Psicossocial, Psicologia Clínica e da Saúde, especialmente sobre tratamento e prevenção ao álcool e outras drogas. Para mais informações acessar o site: <http://psiclin.ufsc.br/>

institucional, educacional, ambiental e saúde. Assim, aspectos pessoais, inter-relacionais, socioambientais e institucionais estariam em pauta das discussões do grupo envolvido, a partir de uma multiplicidade de enfoques teóricos e metodológicos. Participaram deste processo quatro professores do Departamento de Psicologia, além de estudantes de graduação e pós-graduação em psicologia.

Em primeiro plano, foi realizada participação na assembleia de moradores, atividade mensal sob coordenação dos próprios residentes. Nesse momento o grupo envolvido no projeto conheceu seus moradores e iniciou uma aproximação com o campo de intervenção. Foi apresentada a proposta de trabalho, voltada para a promoção da saúde, na qual a intervenção deveria ser construída com o grupo, caso fosse aceita a parceria, ou seja, não havia uma estratégia pronta ser realizada no local.

Inicialmente, foi questionado se os (as) moradores (as) observavam a necessidade de uma intervenção na moradia e quais eram essas demandas que eles percebiam como necessárias. As iniciativas baseadas na promoção da saúde levam em consideração o atendimento das necessidades de um sujeito, grupo ou comunidade considerando as condições de equidade em saúde, em cada contexto histórico e social, no intuito de tornar evitáveis essas condições e de possibilitar que as pessoas busquem seu potencial em saúde a partir da integralidade (Westphal, 2006). Dentro dessa perspectiva, a partir da escuta dos moradores pudemos identificar uma série de condições que produzem cotidianamente vivências de sofrimento. Grande parte dos conflitos vividos neste ambiente diziam respeito à problemas relacionais e institucionais, em seus diversos níveis: sejam eles conflitos de convivência entre os próprios moradores, conflitos institucionais entre os moradores e a PRAE, ou até mesmo situações de preconceito advindos da comunidade acadêmica. Dentre os diversos relatos expostos para nossa equipe, alguns despertaram maior sensibilização. Algumas reclamações foram mais genéricas, da vivência de preconceitos e exclusões sociais, tais como: “A sensação que tenho é de que somos jogados aqui e esquecidos”; “o que se escuta nos corredores é que somos alunos-problema, drogados”. Outras falas disseram respeito às relações interpessoais na moradia: “temos a necessidade de nos conhecer entre si (sic). Criar laços entre nós é importante para conhecer os colegas”; “aqui na moradia existem três tipos de relações entre os colegas: as amigáveis, as hostis e as bélicas, de um querer agredir o outro mesmo”, segundo outro participante a “saúde também é trabalhar essas

relações”. Da mesma forma houve queixas relacionadas ao acolhimento institucional e relatos das dificuldades de inserção na moradia: “não sabemos a organização dos espaços. Chegamos aqui e ninguém explica direito como funciona”; “há um estresse muito grande para entrar na moradia, reforçando estigmas. Há um descaso por parte da administração”.

Sousa e Sousa (2009), em uma pesquisa com universitários da Moradia Estudantil encontraram relatos que se aproximam das condições descritas. Problemas de convivência envolvendo os espaços públicos e a exclusão sentida pelos colegas da universidade são algumas das motivações para o sofrimento vivenciado pelos estudantes. Ao mesmo tempo em que os estudantes estão em um processo de inclusão, seja no ensino superior, na moradia estudantil ou mesmo em uma condição social e financeira melhor que a de origem, eles vivenciam processos de exclusão, no momento em que se descobrem fora de algum espaço que deveria ser seu por direito, e por isso precisam solicitar a assistência universitária para continuar os estudos.

Desta forma, diante das dificuldades e atravessamentos que perpassam a vida dentro da moradia estudantil, os residentes reconheceram que um projeto que visasse a promoção da saúde dentro deste espaço poderia auxiliar na permanência estudantil. Entendeu-se que este momento foi muito importante para que os estudantes pudessem explicitar todas suas angústias e insatisfações em relação ao ambiente em que vivem. Ao mesmo tempo, ao longo dos nossos primeiros contatos com os moradores o grupo se atentou para a disparidade entre a demanda que os moradores nos solicitaram àquela trazida em um primeiro momento pela PRAE.

Desta forma, em um segundo momento, foi proposta construir uma intervenção-diagnóstica, com o objetivo de qualificar a escuta dos residentes e demais envolvidos nas atividades da moradia, no intuito de trazer uma melhor compreensão dos estudantes acerca de suas próprias queixas e necessidades. Para realizar o levantamento de demanda, foi utilizada estratégias condizentes com a perspectiva da Análise Institucional. Barembliitt (2002) considera que as demandas são produzidas - ou seja, não existem demandas naturais - sendo relevante tentativas de investigar como as demandas são criadas pelas organizações e pelos agentes envolvidos. Para a realização do diagnóstico institucional foi proposta a metodologia de visualização móvel (Cordioli, 2001), pela qual os moradores enunciaram os problemas que a moradia passa para depois serem categorizados e analisados, seguindo as etapas de: 1. levantamento de problemas; 2. aproximação dos problemas

por proximidade; 3. categorização dos problemas em funcionais, estruturais e relacionais, 3. atores envolvidos nos problemas e 4. explicitação das relações de determinação entre os problemas levantadas.

Foi decidido que os residentes, em conjunto com os técnicos e gestores, participariam dessa etapa do projeto, que teve como objetivo o diagnóstico participativo para elucidar os problemas e desafios enfrentados pelos que residem naquele espaço e refletir sobre as questões de relações institucionais e seus impactos na vivência da moradia. Foram realizados três encontros com os estudantes, que contaram com a presença de, em média, 15 moradores por encontro. No primeiro, orientou-se que os estudantes escrevessem em algumas tarjetas palavras-chaves que remetesse aos principais problemas que percebiam como moradores. Posteriormente, tais elementos foram agrupados em nuvens de proximidade para depois ser divididos em quatro grandes categorias: Relacional, Funcional, Institucional ou Estrutural. Os problemas relacionais remetiam a dificuldades para cumprimento de regras feitas por indivíduos do mesmo grupo, de origem interpessoal e a categoria funcional abrangia problemas associados ao desempenho de papéis e obrigações, ou seja, regras estabelecidas como normas e regimentos escritos. Os problemas institucionais envolviam diretamente a instituição regente (no caso a gestão universitária). Por último, as questões estruturais diziam respeito aos conflitos gerados por diferenças culturais e sociais. Tais categorias também auxiliaram a problematizar o grau de gerência dos participantes em relação à solução dos problemas, tendo em vista, por exemplo, que problemas estruturais tenderiam a demandar maior tempo e atores envolvidos para efetivar mudanças, diante da complexidade de fatores envolvidos.

Em relação aos encontros, cada morador deveria eleger a categoria dos problemas, com o auxílio dos demais membros do grupo. Finalizado todo o processo de categorização, solicitamos aos moradores que apontassem os atores responsáveis por aqueles problemas, ou seja, quem está envolvido na formação de cada impasse. O mesmo processo foi realizado com técnicos e gestores da moradia, contando com a presença da Coordenadora, administrador da Moradia, psicólogas e assistentes sociais da PRAE. Entretanto, todas as etapas foram realizadas em uma mesma ocasião.

Após a realização de todos procedimentos acima mencionados, os participantes mostraram maior preocupação com temas relacionados a convivência entre os moradores; a falta de cuidado com o patrimônio; e principalmente a dificuldade que eles sentiam em lidar

com as demandas exigidas pelos estudantes e falta de vínculo com os mesmos. Assim como sugerimos aos estudantes, a próxima etapa se deu na divisão das problemáticas em nuvens de proximidade e a categorização dos problemas em institucionais, relacionais, funcionais e estruturais. Por último, foi estabelecida relações entre os elementos que surgiram nas etapas anteriores. Uma das relações feitas, por técnica da PRAE, é que a falta de clareza das regras/regimento da Moradia contribui para que as relações entre moradores e PRAE seja “frágil” e cria uma permissividade e não se tenha uma mediação de conflitos, como por exemplo, em relação ao uso abusivo de drogas.

O diagnóstico realizado proporcionou um levantamento das problemáticas vivenciadas pelos estudantes, bem como uma análise de como se dá a relação da PRAE e moradores da casa e quais as situações conflituosas emergentes. A partir da técnica de visualização por tarjetas e a visualização dos principais problemas, realizada tanto com os moradores, tanto com os técnicos, foram lançadas possibilidades de continuidade do projeto a partir do interesse de seus participantes.

Intervenções em Conjunto com os Moradores: O Fortalecimento da Coletividade

Em 2016, após os encontros realizados e dados analisados, foi elaborada uma devolutiva dos resultados a partir da participação conjunta de moradores e técnicos. Neste encontro o grupo teve a oportunidade de apresentar as principais percepções de moradores e técnicos a respeito da situação dentro da moradia. De acordo com diagnóstico situacional realizado, as maiores demandas apresentadas foram relacionadas a presença de conflitos interpessoais, falta de um sentimento de coletividade e de pertencimento ao local, o que consequentemente gerava situações de desrespeito em relação aos limites seus e dos outros.

Reconhecer-se em um determinado lugar se constitui a soma das lembranças, sentimentos, vivências e significados dos sujeitos que habitam um mesmo espaço (Ponte, Bomfim & Pascual, 2009). Assim aproximações entre lugar e seu valor identitário, a produção de um sentimento de pertencimento, pode atuar na direção de perspectivas saudáveis, a partir da organização dos espaços e mudanças locais para melhor convivência coletiva.

Na participação em assembleia dos estudantes para dialogar sobre os resultados da devolutiva, foi proposto ao grupo a criação de uma comissão entre participantes do projeto e moradores que ficaria responsável por planejar estratégias e ações para lidar

com as dificuldades identificadas na moradia. O objetivo da comissão consiste em planejar intervenções na moradia tendo em vista as demandas advindas dos moradores. Decidiu-se realizar encontros abertos no período vespertino, na própria moradia, com periodicidade quinzenal. A comissão se aproxima daquilo que Lourau (1993) chama de caixa preta, processo no qual a equipe de interventores se reúne para definir as ações que irá tomar no processo de intervenção. As reuniões organizadas pela comissão têm como objetivo “conduzir” os acontecimentos que sejam “disparados” nos próprios encontros.

Nos primeiros encontros da comissão moradia se evidenciou como frente de atuação o planejamento de ações que pudessem expor as potencialidades desse espaço e dos seus moradores, tendo em vista que outros coletivos, como grupo em rede social virtual tem sido usado para relatos de problemas e conflitos. A ênfase nos aspectos positivos para estratégias de trabalho são marcadores que se fazem presente em estratégias de promoção da saúde, cujo enfoque reconhece que os indivíduos e comunidades tem o direito e são potencialmente capazes de interferir e melhorar as suas condições de vida (Westphal, 2006).

Alguns projetos direcionados para a qualidade de vida foram incorporados na rotina da moradia: uma das participantes da comissão, moradora do local, iniciou aulas abertas de yoga duas vezes por semana, na tentativa compartilhar prática que já costumava realizar e criar novas atividades coletivas no espaço, tendo iniciado aulas abertas para os moradores na Sala de Convivência, que teve boa adesão de residentes. Surgiu da comissão, também, a elaboração de cartazes com perguntas disparadoras como por exemplo: “O que tem de bom na Moradia?”, “O que te faz feliz na Moradia?”, que visavam proporcionar novas significações para a vida na moradia. Os cartazes foram espalhados pela Moradia Estudantil e, com o tempo, os moradores escreveram as suas percepções, ao mesmo tempo que surgiam reflexões acerca da sua relação com o local e as pessoas que fazem parte dele. Seguindo a lógica de potencializar espaços, todas as intervenções foram pensadas com e para os moradores, sempre priorizando atividades que pudessem ser realizadas pelos próprios estudantes, de forma que aproveitasse os aprendizados que os moradores tiveram em seus determinados cursos ou hobbies que gostariam de compartilhar.

Outras iniciativas de cunho cultural e de lazer começaram a ser organizadas, como o “Café Literário”, organizados por moradores em um fim de semana, bazar para venda e troca de objetos e roupas, mutirão para

organização de espaços de uso coletivo que costumam gerar conflitos, como a lavanderia coletiva, por exemplo. Como propósito do grupo intervenção envolvido no projeto *interessava-nos chamar a atenção para o imperativo do encontro para que em conjunto, em inter-relação, em cooperação as pessoas possam construir seus processos de trabalho, ações de promoção da saúde, projetos de felicidade (seus e dos outros)* (Mendes, Pezzato & Sacrado, 2016, p.1739)

Alguns temas eram recorrentes nos encontros da comissão, como a necessidade de desenvolver ações focadas na chegada e acolhimento ao novo morador. Muitos relatos traziam a necessidade de atividades que possibilitassem a integração entre os novos e antigos moradores, a discussão das regras de funcionamento da casa e dos espaços, como aspectos que poderiam contribuir para melhoria das condições iniciais de entrada na moradia. Mais recentemente, o grupo veio articulando estratégias para melhoria das condições de descarte dos resíduos orgânicos e recicláveis produzidos pela moradia, assim como o fortalecimento da produção de alimentos e ervas medicinais na horta comunitária. Foi elaborado projeto de extensão, junto com professor do departamento de educação no campo, da própria institucional educacional, assim como contatos e reuniões com a PRAE e setores responsáveis pela educação ambiental da Universidade.

A aposta na promoção da saúde permite dar espaço para a construção de novos modelos de saúde que passam a considerar os complexos processos de vida moderna, a multifatorialidade nas condições de vida e produção de saúde e adoecimento (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013). A partir de concepções de saúde voltada para a promoção das condições de vida dos sujeitos, lança-se um olhar integral para a relação do sujeito e seu processo de saúde e adoecimento. Na moradia, as ações desenvolvidas até o momento buscam integrar ao cotidiano do espaço ações que fortaleçam a relação do morador com espaço e com aqueles que a integram, diante das condições de vulnerabilidade social vivenciadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Moradia Estudantil é o verdadeiro lar de muitos dos moradores. Desta forma, apropriar-se deste espaço com a experiência de pertença é fundamental para o bem-estar no lugar. Ao mesmo tempo, por ser espaço coletivo, a condição de compartilhar de forma saudável os espaços coletivos é outro desafio. Sendo assim, o fortalecimento de ações comuns, o cuidado com os

espaços compartilhados auxilia na condição de qualidade de vida nestes espaços.

O propósito do projeto esteve vinculado à participação daqueles que enfrentam cotidianamente os desafios de ser residente em moradia estudantil universitária. Os encontros realizados provocaram reflexões sobre a experiência de viver em moradia, dividir espaços coletivos e integrar moradores para ações que instiguem o bem comum, apesar das dificuldades encontradas em diversas tentativas relatadas pelos moradores nos encontros. Iniciativas como a organização de encontros temáticos como café literário, grupo de oração e brechó são tentativa de organizar atividades no espaço de forma a integrar moradores e proporcionar a melhoria das condições de vida locais. Diante dessa perspectiva, alguns passos como a escrita de um projeto sobre a horta comunitária e educação ambiental sobre a produção e descarte de resíduos orgânicos e recicláveis são atividades em andamento por iniciativa dos próprios moradores, visando melhoria local e maior sustentabilidade. Outras ações culturais e de lazer são tentativa de organizar atividades no espaço de forma a integrar moradores por afinidades, dentro das diferenças socio-culturais encontradas entre os mesmos.

É dentro da perspectiva ampliada e integral de saúde, inseparável das condições concretas e cotidianas de existência que a promoção da saúde deve atuar e produzir estratégias e mudanças nas condições de vida, principalmente daqueles que vivenciam situações de vulnerabilidade socioeconômica. A adaptação e permanência na moradia estudantil deve contribuir para o fortalecimento das condições psicossociais, indo além da vulnerabilidade financeira, com a realização de projetos e ações no campo da saúde mental, apoio pedagógico e enfrentamento das mudanças enfrentadas na vivência universitária e de residente de moradia estudantil. Assim, os levantamentos e ações realizados no espaço podem assumir um papel relevante na construção de políticas de assistência estudantil voltadas ao estudante morador, tendo em vista a construção de um espaço de escuta dos anseios e desafios vivenciados no processo de permanência na moradia estudantil e a realização de ações tendo em vista o bem-estar coletivo.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2013). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz.
 Ayres, J. R. C. M., Júnior, F. R., Calzans, G. J. & Filho, H. C. S. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In

Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências (pp.117-39). Rio de Janeiro: Fiocruz.
 Baremlitt, G. (2002). Compêndio de Análise Institucional e outras Correntes. Belo Horizonte: editora Instituto Félix Guattari.
 Berlatto, F. & Sallas, A. L. F. (2008). Um lar em terra estranha: Espaço e sociabilidade em uma casa de estudantes feminina. Revista Chilena de Antropologia Visual, (12), 48-69. Recuperado em 29 de abril de 2015, de http://www.rchav.cl/imagenes12/imprimir/berlatto_&_fayet.pdf
 Buss, P.M. (2009). Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências (pp. 19-42). 2a. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz.
 Carvalho, A. I & Buss, P. M. (2009). Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In Giovanella L et al (Orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (pp. 141-166). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
 Czeresnia, D., Maciel, E. M. G. S & Oviedo, R. A. M. (2013). Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz.
 Conselho Federal de Psicologia, CFP. (2011). Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
 Cordioli, S (2001). Enfoque participativo, um processo de mudança: conceitos, instrumentos e aplicação prática. Porto Alegre: GENESIS.
 Costa, E.B.O & Rauber, P. (2009). História da educação: surgimento e tendências atuais da universidade no Brasil. Revista Jurídica UNIGRAN, 11(21), 241-253. Recuperado em 2 de fevereiro de 2016, de http://www.unigran.br/revista_juridica/ed_anteriores/21/artigos/artigo15.pdf
 Fernandes, L. L. (2009). Gestão do conhecimento em projetos de extensão universitária direcionados às pessoas com deficiência (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
 Garrido, E. N (2015). A Experiência da Moradia Estudantil Universitária: Impactos sobre seus Moradores. Psicologia: Ciência e Profissão, 35(3), 726-739. Recuperado em 29 de abril de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000300726&script=sci_abstract&tlng=pt
 Greacen, T., Jouet, E., Ryan, P.; Cserhati, Z., Grebenc, V., Griffitts, C., Hansen, B., Leahy,

- E., Da Silva, K.M., Sabia, A., De Marco, A., & Flores, P. (2012). Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion. *BMC Public Health*, 27(12), 1-10.
- Laranjo, T.H.M. & Soares, C.B. (2006). Socialização e drogas em moradias universitárias. *Rev Saúde Pública*, 40(6), 1027-34. Recuperado em 29 de abril de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/10.pdf>
- Leite, J. L. (2012). Política de Assistência Estudantil: direito da carência ou carência de direitos? *SER Social*, 14(31), 453-472. Recuperado em 20 de junho de 2015 http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/4052/6485
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Mendes, R., Pezzato, L.M & Sacardo, D.P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1737-1745. Recuperado em 20 de março de 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601737&script=sci_abstract&tlng=pt
- Osse, C. M. C & Costa, I. I. (2011). Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. *Estudos de Psicologia*, 28(1), 115-122. Recuperado em 30 de abril de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a12v28n1.pdf>
- Paiva, V. S. F. (2013). Psicologia na Saúde: Sociopsicológica ou Psicossocial? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids. *Temas em Psico*, 21(3), 531-49.
- Ponte, A. Q., Bomfim, Z. Á. C. & Pascual, J. G. (2009). Considerações teóricas sobre identidade de lugar à luz da abordagem histórico-cultural. *Psicol. Argum*, 27(59), 345-354. Recuperado em 30 de março de 2017, de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=3375&dd99=view&dd98=pb>
- Rocha, M. L (2006). Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, 37(2), 169-74. Recuperado em 17 de maio de 2016, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fale/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1431>
- Rocha, M. L (2003). Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 64-73. Recuperado em 17 de maio de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000400010&script=sci_abstract
- Schneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B. & Polejack, L. (Orgs). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 34-53). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Shaikh, B. T & Deschamps, J. (2006). Life in a University Residence: Issues, Concerns and Responses. *Education for Health*, 19(1), 43-51.
- Sousa, L. M & Sousa, S. M. G. (2009). Significados e sentidos das casas estudantis e a dialética inclusão-exclusão. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (1), 4-17. Recuperado em 2 de maio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100002
- Thiollent, M. J. M. (1988). *Metodologia da pesquisa-ação*. 4. ed. São Paulo: Cortez. 108 p. (Coleção Temas básicos).
- Vasconcelos, N. B. (2010). Programa nacional de assistência estudantil: uma análise da evolução da assistência estudantil ao longo da história da educação superior no Brasil. *Ensino Em-Revista*, 17(2), 599-616. Recuperado em 20 de junho de 2015, de <http://www.seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/11361>
- Vasconcellos, H. S. R. de. (1998). A pesquisa-ação em projetos de educação ambiental, In: Pedrini, A.G. (Org). *Educação ambiental: reflexões e práticas contemporâneas*. Petrópolis: Vozes.
- Westphal, M. F. (2006). Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças. In Campos, G. W.S. et al (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 635-668). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Endereço para correspondência:

Daniela Ribeiro Scheinder & Luciana Oliveira de Jesus
 Depto de Psicologia - Centro de Filosofia e Ciências Humanas
 Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
 Campus Universitário - Trindade
 CEP: 88.040-970 – Florianópolis/SC
 E-mail: lucianaaj84@gmail.com
 Fone: +55 (48) 3721-9283

Recebido em 13/06/2017

Aceito em 11/08/2017

Entre o urbano e o rural: afetações nos encontros de uma pesquisa em saúde

Between the urban and the rural: affectations within the encounters in a research in health

Gislene Aparecida Lacerda^I

Luciana Kind^{II}

Resumo

O objetivo deste texto é expor as interações entre pesquisadora, profissionais de saúde e usuários do SUS no contexto rural, no material empírico de uma pesquisa de orientação etnográfica. O rural é pensado como o lugar do encontro entre o campo e a cidade, como um “espaço singular” e como um modo de vida. Apoiadas nas contribuições dos estudos etnográficos, utilizaram-se, neste trabalho, recursos como observação participante, descrição densa e entrevistas com os profissionais da equipe de Saúde da Família que trabalham em povoados de um município de Minas Gerais. Acentuam-se, nos resultados e discussão, elementos do material empírico que permitem acompanhar cenas de estranhamento nos encontros proporcionados pela pesquisa.

Palavras chave: Etnografia. Ambientes rurais. Interação Social.

Abstract

The objective of this text is to expose the interactions between the researcher, health professionals and SUS users, in the empirical material of an ethnographically oriented research in health. The rural is thought of as an encounter between the countryside and the city, as a “singular space”, and as a way of life. Supported by the contributions of ethnographic studies, we used field strategies such as participant observation, dense description and interviews with professionals of the Family Health team, who work at villages of the state of Minas Gerais. In the results and discussion section we highlight elements of the empirical material that lead us to follow scenes of estrangement within the encounters produced by the research.

Keywords: Ethnography. Rural Environments. Social Interactions.

^IEscola de Saúde Pública

^{II}Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Um dos principais desafios experimentados por pesquisadores iniciantes é a delimitação metodológica da pesquisa. Em nosso caso, pesquisávamos a saúde pública em contextos rurais, cenário pouco explorado pelas ciências sociais e humanas e pelas ciências da saúde. A intenção, desde o princípio, era produzir uma experiência de imersão em campo, aqui entendido como o propõe Spink (2003), sendo delimitado desde que se decide o contexto da investigação. Desde a composição de autores e conceitos pertinentes ao estudo, o delineamento das estratégias de produção de material empírico e de apresentação da pesquisa, estamos falando em campo.

A orientação etnográfica pareceu-nos a escolha mais apropriada para o que pretendíamos construir. Alinhamo-nos ao posicionamento de Reigota (1999), quando afirma que sua opção pela pesquisa etnográfica se dá mais no sentido explicativo e linguístico do que na adesão a um método científico de pesquisa. Nesse sentido, apresentamos, neste texto, os conceitos, as ferramentas de registros e a postura reflexiva que aproxima a pesquisa realizada dos estudos etnográficos.

O interesse em estudar sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto rural nasceu nas estradas e nos caminhos da roça percorridos pela primeira autora

deste texto. Durante três anos, entre 2008 e 2011, atuou como psicóloga, compondo a equipe dos profissionais de saúde do município de Martinho Campos, na região central de Minas Gerais. Nos atendimentos pelos povoados e pelas casas, a autora foi descobrindo o quão *sui generis* são as interações com o “povo da roça”, como eles próprios se denominavam. Essa experiência abriu espaço para as indagações da presente pesquisa. A atenção à saúde da população rural é alvo de interesse técnico e exploração política desde o início do século XX, como argumenta Paiva (2016), embora o foco das ações e o desenvolvimento de ações tenham variado ao longo do tempo. Paiva (2016) mostra como os anos 1920 viram a exploração dos sertões com o propósito de conhecer e diagnosticar doenças característica daquele meio. No pós-guerra, os sanitaristas herdeiros do sanitarismo desenvolvimentista do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), com estímulo da Organização Panamericana de Saúde (Opas), desenvolvem agenda própria para pensar expansão de cobertura e interiorização de serviços. Nas palavras de Paiva (2016, p. 230), “subnutrição, planificação da saúde, assistência médica, recursos humanos, enfermidades transmissíveis, saúde animal, enfermidades crônicas e dental”, emergiram como temas de interesse intelectual e político.

Os anos 1970 foram marcados por experiências de interiorização que antecederam o Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (Escorel, 1998), mas também pelo FUNRURAL, que, de acordo com a Lei Complementar nº 11, de 25/05/1971, era responsável pela execução do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, prevendo benefícios, como aposentadora e assistência à saúde ao trabalhador rural. Segundo Carneiro (2007) o benefício era direcionado ao trabalhador rural e aos seus dependentes, tendo como objetivo garantir a assistência médica, ambulatorial e hospitalar.

A consolidação da saúde como direito de todos com a Constituição Federal de 1988, deixou, como tarefa, a reordenação dos serviços de saúde, projeto construído ao longo dos anos 1990, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família. Este último passou a ser estratégia reestruturadora do SUS nos anos 2000 (Giovannella & Medonça, 2008).

Com foco específico para a população rural, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) acentua os princípios da universalidade, mas especialmente o da equidade, de modo a reconhecer as condições materiais de existência dos povos do campo, da floresta e das águas, como situações que os tornam mais vulneráveis a doenças e agravos evitáveis (Brasil, 2013). A Política se apoia na estrutura descentralizada, mas integrada nos três níveis de gestão, na territorialização da assistência e na intersectorialidade das ações.

A despeito de se tratar de um tema que ocupa sanitaristas e governos desde os anos 1920 e de se ter como expressão, na atualidade, a PNSIPCF, há lacunas na literatura científica sobre os desafios culturais e sociais que ocorrem nos encontros entre as equipes de saúde e a população residente em áreas rurais. A orientação etnográfica deste estudo viabilizou um olhar descritivo-analítico sobre esses encontros, colocando também em cena a pesquisadora responsável pelo trabalho de campo.

Na exposição aqui proposta, tomaremos a assistência à saúde da população rural como pano de fundo para apresentar os desafios da pesquisadora durante a imersão no território, mas também alguns dos dilemas enfrentados pelos participantes da pesquisa, profissionais de saúde, no encontro com a “roça”. A ênfase, portanto, reside nas dimensões das ruralidades e nas discussões sobre etnografia. O objetivo deste texto é expor as interações da pesquisadora e dos/as participantes do estudo com a população rural, em situações de

observação ou de entrevista desenvolvidas na pesquisa de mestrado da primeira autora.

O rural, mais do que um espaço geográfico, é pensado como o lugar do encontro entre o campo e a cidade, como um “espaço singular”, como um modo de vida. Wanderley (2004), ao discutir a ideia de município rural, apresenta a experiência do “*village*”, na França, que é considerado como um município rural que possui uma estrutura social e política, mas que é constituída pelas coletividades rurais.

Wanderley (2004) apresenta as ideias de diferentes autores que classificam municípios como rurais pelo tamanho populacional. De acordo com a autora, esse critério também é sugerido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em que o urbano seria composto por municípios com mais de 20 mil habitantes. Mesquita e Ferreira (2016) acompanham essa delimitação no contexto brasileiro, assinalando a importância do Estatuto da Cidade, em 2001, como um importante marco para a delimitação de Planos Diretores Municipais em áreas rurais.

Temos, em relação às pequenas cidades, uma diversidade e uma dificuldade de definição. Como afirma Silva, “apesar da dificuldade de definição, podem-se caracterizá-las como centros resultantes de um processo histórico específico, dependentes de um centro maior, em relação com o meio rural, e marcadas pela proximidade entre as pessoas, e por uma temporalidade lenta.” (Silva, 2011, p.31).

Silva considera que não “há como abordar os pequenos municípios sem nos referirmos à influência que o rural exerce sobre sua economia, política, cultura e em toda a sua realidade social” (Silva, 2011, p.25). Nas discussões e definições acerca do rural e do urbano, duas grandes teorias se destacam: a dicotômica e a de *continuum*. Na visão dicotômica, cria-se uma polarização entre o rural e o urbano, sendo o urbano associado à ideia de novo, de progresso, e o rural ao velho, às antigas relações (Laubstein, 2011).

A teoria do *continuum* surge na década de 1930, como uma variante da teoria dicotômica. Nessa teoria, a relação entre rural e urbano deixa de ser vista como polarização antagônica e passa a ser vista como um gradiente de variações espaciais. Wanderley (2001) afirma que a teoria do *continuum* se divide em duas vertentes. A primeira está centrada no urbano como fonte do progresso e dos valores dominantes. Nessa vertente, existe o domínio de um polo sobre o outro, sendo que essa valorização do urbano levaria a uma homogeneização espacial e social que prioriza a urbanização, podendo provocar a extinção da realidade rural. A segunda vertente pensa o *continuum*

rural-urbano como uma relação de integração entre os dois polos. Nessa perspectiva, “o *continuum* se desenha entre um polo urbano e um polo rural, distintos entre si e em intenso processo de mudanças em suas relações” (Wanderley, 2001, p.33). Assim, permanecem os dois polos como espaços integrados. No contexto da segunda vertente da teoria do *continuum*, surgem trabalhos que buscam uma nova alternativa metodológica para os estudos do rural, propondo-se o termo *ruralidades* (Carneiro, 1998; Wanderley, 2000; Veiga, 2006, Nunez & Bezerra Neto, 2016).

O cenário das ruralidades que fizeram parte da experiência profissional de uma das autoras a conduziu para a realização de sua pesquisa de mestrado, que teve por objetivo geral compreender as possibilidades e os desafios da atuação da Equipe de Saúde da Família no contexto rural. A escolha pela orientação etnográfica, como exposto anteriormente, colocou em relevo os encontros em campo, enfatizando estranhamentos ali produzidos. O propósito deste texto é expor as interações entre pesquisadora, profissionais de saúde e usuários do SUS no contexto rural, por meio da descrição analítica do material empírico, da observação participante e de entrevistas realizadas durante a pesquisa.

METODOLOGIA

Em seu estudo clássico, Malinowski (1922/1976) sistematizou o método etnográfico e apresentou alguns aspectos ali considerados como centrais. Dentre esses aspectos, ressaltamos o “viver entre os nativos”. Viver entre os povos pesquisados se torna uma premissa básica na etnografia de Malinowski. É a partir dessa entrada na rotina dos povos pesquisados que se desenvolve a observação participante. Clifford (2008) considera que, a partir de Malinowski, a etnografia passa a ter uma acentuada ênfase na observação. Como forma de complementar a observação, outras ferramentas são inseridas, entre elas, a descrição da observação, a descrição da sociedade pesquisada como um todo e o uso de entrevistas.

Em Geertz (1989), buscamos o acento na descrição densa como um projeto antropológico baseado na percepção das situações e interpretações destas, em contraposição a uma descrição superficial, que apenas realiza a observação e a descrição dos códigos. Ela se preocupa com as estruturas de significado socialmente estabelecidas e busca a compreensão dos sistemas simbólicos, nos quais os acontecimentos estão inseridos.

A realização do trabalho do antropólogo, nas palavras de Oliveira (2000), se relaciona a três etapas: ver, ouvir e escrever. Para o autor, a primeira experiência

do/a pesquisador/a em campo deve ser a dominação teórica do olhar, pois, ao direcionar o olhar sobre o “objeto”, este já é alterado pelo modo de visualizá-lo. No entanto, somente o olhar não é suficiente para a realização da pesquisa, por isso, o/a pesquisador/a deve, também, se valer do ouvir. Para Oliveira (2000), o ouvir envolve uma relação de mão dupla, possibilitando a interação e a criação de um espaço semântico partilhado pelos interlocutores. Essa ideia de interlocutor supera a visão do/a pesquisado/a como um informante.

Desse encontro, do qual emerge o ver e o ouvir do/a pesquisador/a, surge um outro aspecto discutido nos estudos antropológicos, o “ser afetado”. Favret-Saada (2005) realiza uma pesquisa etnográfica sobre feitiçaria em Bocage, na França. Diante do cenário *sui generis* de pesquisa, a autora experimenta, deixando-se afetar pelos rituais de enfeitiçamento e desenfeitiçamento. Segundo a autora, é a partir dessa experiência de afetamento que se abre a possibilidade de comunicação com o público pesquisado. Em suas palavras, “se o projeto de conhecimento for onipresente, não acontece nada. Mas, se acontece alguma coisa e se o projeto de conhecimento não se perde em meio a uma aventura, então, uma etnografia é possível.” (Favret-Saada, 2005, p. 160).

Nessa perspectiva, podemos pensar o trabalho etnográfico como possibilidade de se deixar afetar, de se permitir um encontro com o outro, como a possibilidade de observar, participar, interpretar e escrever. Nessa mesma direção, Laperrière (2010) nos convida a pensar a ideia de reflexividade na pesquisa. Para a autora, a pesquisa qualitativa é fundamentalmente interativa, e a interação entre os sujeitos e o/a pesquisador/a não acontece sem consequências para ambas as partes. O/a pesquisador/a, na sua inserção no campo, leva sua experiência integral, seus valores, seus sentimentos, sua apreensão pessoal do mundo e suas intuições. Essa subjetividade do/a pesquisador/a, de acordo com a autora, não pode ser neutralizada, a interação entre pesquisador/a e as pessoas pesquisadas será influenciada por esses aspectos. A realização da pesquisa, nas palavras da autora, deve considerar “uma tomada de consciência e uma documentação sistemática do efeito dessa subjetividade sobre a evolução da pesquisa.” (Laperrière, 2013, p. 414).

Procedimentos Metodológicos

O período de imersão no território em que a pesquisa foi realizada aconteceu em três etapas, entre setembro de 2014 e março de 2015. A primeira envolveu as negociações com a Secretaria Municipal de Saúde de Martinho Campos.

O município de Martinho Campos localiza-se na região central de Minas Gerais, a 197 km da capital Belo Horizonte. Segundo o censo do IBGE do ano de 2010, a população total é de 12.611 habitantes, e com área territorial de 1.058 km² (IBGE, 2014). Possui como principais atividades econômicas a agropecuária, a agricultura, a silvicultura e a extração vegetal. O município é composto pela sede, dois distritos – Ibitira e Albert Isaacson – e alguns povoados, como: Buriti Grande, Pontal, Barra, Boa Vista, Monjolinhos, Riacho, Sacramento, entre outros. O município possui ainda uma comunidade indígena, da etnia Caxixó, atendida pelo Programa de Saúde Indígena (PSI), conduzido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), através de uma Organização Não-Governamental.

Dentre as cinco equipes de saúde da família que atuam no município, decidiu-se por acompanhar as atividades da equipe de Saúde da Família (eSF) 4, em Albert Isaacson, por ser aquela com maior abrangência rural. A eSF4, acompanhada durante a pesquisa, atende ao distrito De Albert Isaacson e aos povoados de Boa Vista, Monjolinhos, Riacho e Sacramento, sendo dividida em quatro microáreas para atender toda a sua área de abrangência. Segundo as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do ano de 2014, na área atendida pelo eSF4, estão cadastradas 576 famílias, totalizando 1.643 pessoas (BRASIL, 2015).

Cada microárea é assistida por uma agente comunitária de saúde que ali reside. O número de famílias das microáreas 1 e 2 (413 famílias), que atendem o distrito, é maior que o das microáreas 2 e 4 (163 famílias), que atendem aos povoados. Nessas duas últimas, o número de fazendas é maior. A área dos povoados apresenta concentração populacional menor, no entanto, possui uma área territorial maior.

Na primeira etapa de campo, em janeiro de 2015, houve o acompanhamento do cotidiano das práticas desenvolvidas pela eSF4. A pesquisadora hospedou-se em um hotel de Martinho Campos, e, durante todos os dias, por um mês, se deslocava para o distrito de Albert Isaacson e acompanhava a rotina de trabalho da equipe. Durante esse período, participou, na condição de pesquisadora, de toda a rotina de assistência prestada pela equipe nos quatro povoados atendidos. Todas as impressões, reflexões, relatos de profissionais e usuários foram anotados em seu diário de campo.

Na segunda etapa de trabalho, a pesquisadora voltou ao distrito para realizar entrevistas com os profissionais da equipe e com a coordenadora da atenção primária do município. Foram feitas 11 entrevistas com os seguintes integrantes da equipe: o médico, a enfermeira,

4 estagiárias de medicina, 2 agentes comunitárias de saúde que trabalham nos povoados, 3 técnicas de enfermagem e uma entrevista com a coordenadora da atenção primária à saúde do município, totalizando 12 entrevistas. As entrevistas foram realizadas no distrito ou nos povoados, de acordo com os dias de atendimento e a agenda dos profissionais, sendo todas gravadas após a apresentação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O roteiro para realização das entrevistas estava organizado em três eixos de questões: 1) aspectos da formação profissional; 2) cotidiano dos serviços, 2) desafios da saúde rural.

No intuito de resguardar a identidade das pessoas envolvidas, seja nas entrevistas ou nos registros no diário de campo, foram-lhes atribuídos nomes fictícios. Os nomes Maria e José são bastante comuns no contexto rural. Nesse sentido, as mulheres tornaram-se todas Marias e os homens serão Josés, em nomes compostos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), parecer n. 911.172.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os equipamentos disponíveis, o distrito Albert Isaacson possui uma unidade de saúde da família, um posto de apoio dos correios, uma creche e uma escola com ensino fundamental e médio. A maioria das casas tem acesso a água canalizada, mas não há coleta de esgoto em todas elas, sendo utilizadas fossas. A principal atividade econômica do distrito é o trabalho em fazendas com a produção de leite e a criação de gado, e em granjas de criação de frangos, extração de pedra ardósia e o cultivo de eucalipto.

O termo “fazenda”, como nas práticas locais, foi usado como referência à pequena propriedade rural que está fora da área sede do distrito ou dos povoados. São pequenas propriedades onde residem uma ou duas famílias que trabalham com a criação de animais, a produção de leite, e o cultivo de feijão, milho, cana de açúcar para o consumo familiar ou para a alimentação dos animais.

Os Povoados e a Equipe

Ligados ao distrito por estrada de terra existem algumas fazendas e quatro povoados: Boa Vista, a 5 km; Monjolinhos, a 7 km; Riacho, a 15 km; e Sacramento, a 23 km. O povoado, ao contrário do distrito, não possui uma definição e uma regulamentação específica na Lei Orgânica do município (Martinho Campos, 1990).

Wanderley (2004) considera que no espaço rural brasileiro “o povoamento é mais rarefeito e disperso em relação ao centro municipal. Existem nele apenas pequenas aglomerações, que não estão inscritas na estrutura político administrativa do país, nem absorvem os serviços essenciais.” (Wanderley, 2004, p.8). Boa Vista é um povoado formado por uma capela e no entorno algumas casas. A casa paroquial é emprestada à prefeitura para ser ponto de apoio para o atendimento da equipe de saúde. No período em que a equipe de saúde foi acompanhada não eram realizados atendimentos no povoado em função das condições da casa e do grande número de morcegos que estavam no telhado. Os moradores de Boa Vista eram levados, no carro da equipe de saúde, até o povoado de Monjolinhos para serem atendidos. Monjolinhos está há 7 quilômetros do distrito. Uma pequena casa é usada como local de atendimento da equipe de saúde. Riacho está localizado a 15 quilômetros do distrito. Uma antiga escola é utilizada como local de atendimento da equipe de saúde. Sacramento está localizado a 23 quilômetros do distrito e uma pequena sala de uma escola desativada é usada para os atendimentos.

Um fator observado é a rotatividade dos profissionais da equipe, principalmente do profissional médico. Entre 2010 e 2014 passaram pela equipe 5 profissionais médicos, sem contar os períodos em que o atendimento médico era realizado pela secretária de saúde, que também era médica. A enfermeira da equipe considera tal aspecto como uma dificuldade:

Uma das dificuldades que a gente tem aqui é a questão da locomoção e a rotatividade dos profissionais, por que no interior, principalmente o profissional médico que não para, vem passa uma temporada quando está começando a acostumar com a população, a conhecer a população vai embora, aí já conseguiu passar numa residência e nos abandona. (Entrevista, Maria Bernadete, Enfermeira da eSF4).

A fixação do profissional médico sinaliza uma dificuldade de estruturação e consolidação da equipe. Durante o período em campo, mais precisamente nas primeiras semanas de janeiro de 2015, período em que a equipe estava sem médico, havia um processo de negociação para a contratação de um novo profissional. Um médico foi contratado e levado ao distrito para conhecer a equipe e o local de trabalho. Foi agendada a data de início dos atendimentos, no entanto, na véspera, a equipe foi informada de que o médico havia desistido

do contrato. A equipe continuou sem médico até novas negociações com outro profissional, que iniciou suas atividades na primeira semana de fevereiro de 2015.

A ausência e a troca frequente do profissional médico acarretam um acúmulo de demanda, o que afeta a própria rotina da eSF. Nos dias de atendimento médico, acaba havendo uma superlotação na unidade, resumida na fala de um morador que buscava atendimento para renovação de receita de medicamentos: “fica muito tempo sem médico, quando vem médico é esse tanto de gente” (Registro no diário de campo, janeiro 2015).

Outro aspecto que aparece nas conversas registradas em campo é o quanto as pessoas sentem a saída do profissional:

“Esse povo da saúde é tudo gente boa demais; quando eles ‘vai’ embora, a gente sente muito. Tomara que Deus ‘abençoa’ dele ficar aqui, porque aqui é lugar difícil, né? Os ‘médico tudo vai’ embora” (Moradoras do povoado de Monjolinhos, registro de diário de campo, fevereiro de 2015).

A ideia do vínculo entre profissional e população se rompe com a ausência dos profissionais. Essa imagem de um lugar difícil gera uma ideia de responsabilização da população pela não fixação dos profissionais, principalmente do médico. Podemos perceber certa complacência da população com os profissionais, os médicos vão embora porque o “lugar é difícil”, porque é distante, porque tem pouca infraestrutura. Subentendida nessa ideia de “lugar difícil” está também a imagem de uma “população difícil”, o que acaba sendo reforçado pelo discurso dos profissionais, quando falam de uma população carente, analfabeta e ignorante.

O desenvolvimento de ações na eSF passa também pela necessidade de integração com outros setores e atores. Na entrevista da enfermeira, ela sinaliza para a falta de políticas públicas ligadas às questões sociais, educacionais e de lazer:

Eu acho assim, na questão social, eles não têm o que fazer, tipo assim, eu acho que até a escola não anda influenciando muito na vida dos adolescentes, sabe? Então, eu acho que deveria trabalhar mais com projetos tanto para crianças quanto para adolescentes, idosos, para os homens a gente não tem nada. É isso. Eu acho que a gente tem que ter projetos e focar na ocupação, porque na comunidade não tem essa oferta de

serviço; então, fica difícil (Entrevista, Maria Bernadete, Enfermeira do eSF).

Uma cena inusitada serve de ilustração condensada tanto do cotidiano da assistência quanto dos estranhamentos entre profissionais de saúde e as ruralidades. Uma sala improvisada para atendimentos no povoado de Sacramento estava infestada de morcegos. Quando a porta foi aberta, os morcegos saíram em revoada, apavorando as estagiárias. A agente comunitária de saúde assumiu o papel de espantar os bichos.

“Estávamos sentados do lado de fora, quando uma das estagiárias sai correndo e gritando do consultório, deixando o paciente lá dentro. Os morcegos haviam voltado e ela ficou apavorada. A ACS retirou novamente os morcegos e a estagiária voltou a atender” (Registro no diário de campo, janeiro de 2015).

Três elementos merecem destaque. Primeiro, é a questão da infraestrutura para o atendimento nos povoados que se mostra deficitária. Segundo, é a relação urbano-rural que se realça. A estagiária de medicina, situada como pertencente ao cenário urbano, se apavora diante dos morcegos, animais muito presentes no cenário rural. A população local, habituada aos bichos, ria da situação. Um terceiro ponto é a intervenção da ACS. Sua posição, situada entre urbano e rural, é vista como uma espécie de intérprete de linguagens, mas também de circunstâncias. Como explicitam Giovanella e Mendonça (2008), a orientação da competência cultural da atenção básica à saúde nem sempre é apropriada pela equipe.

A despeito da centralidade das ACS na mediação entre equipe e população rural, e do eventual reconhecimento de sua importância nas práticas de saúde, nem sempre essas profissionais se sentem valorizadas, como também é exposto na pesquisa realizada por Passos (2015).

Encontros com as Ruralidades e Modos de Vida

Em relação a modos de vida, Silva (2011) considera “que os elementos produtivos, sociais e culturais locais, intimamente ligados aos hábitos rurais, levam a uma configuração que permeia todos os hábitos cotidianos.” (Silva, 2011, p. 53). Para o autor, é na valorização desses hábitos que há a permanência dos modos de vida através das tradições mantidas e difundidas.

De modo semelhante, Wanderley (2000) considera que “o recorte rural-urbano, em suas novas e modernas formas, permanece como um recorte

pertinente para analisar as diferenças espaciais e sociais da sociedade moderna, apontando não para o fim do mundo rural, mas para a emergência de uma nova ruralidade” (Wanderley, 2000, p.90). Para a autora, o rural se coloca como um “espaço singular”, um espaço de vida que tem implicações nos laços de sociabilidade e nas “relações de interconhecimento”. O rural é visto como um “modo de vida” e se torna um “ator coletivo” na construção das suas identificações a partir de suas referências em relação ao “território” e às “trocas sociais”.

A ideia de modo de vida é retomada por Wanderley (2000; 2004). A autora aponta duas características principais do rural. A primeira centrada naquilo que o rural representa como uma relação específica do ser humano com a natureza, por meio do trabalho e do *habitat*. A segunda característica diz das relações sociais diferenciadas, que resultam em práticas particulares de convivência com o espaço, com a família, com o trabalho e com o tempo. Essas características enfatizam a noção de um modo de vida construído a partir da integração desses aspectos.

Tomando os pressupostos de Wanderley (2000; 2001; 2004), que pensa o rural como o lugar do encontro entre o campo e a cidade e, ao mesmo tempo, como um “espaço singular”, como um modo de vida, como um ator coletivo, e tendo em vista o período de permanência em campo e os registros feitos, propomos algumas reflexões a partir desses encontros com a população.

Percorrendo toda a extensão de cobertura da eSF, foi possível perceber esse encontro, que coloca em contraste o urbano e o rural. Um registro de campo mostra esse encontro.

É muito sofrido o pessoal da roça, tem horas, sabe? É sofrido porque não tem conforto. [...] Tem coisas que você pensa que não existe, você pensa que não existe, aí, você se depara lá, e isso existe. Igual, por exemplo, você chega numa casa, igual, tem uma senhorinha de oitenta e tantos anos, mora sozinha, nessa casa não existe geladeira, não existe fogão a gás, é uma casa assim, de barro, barreada, né?” (Entrevista, Maria das Graças, ACS dos povoados de Riacho e Sacramento).

Esse registro nos direciona a algumas reflexões. A ACS, mesmo residindo na região e conhecendo a população, se mostra afetada diante de uma “casa barreada” e sem eletrodomésticos. Tal situação é vista como “difícil” e como “algo que não existe mais”, essa visão reflete a ideia de um padrão de moradia e de acesso a bens de

consumo construídos a partir de um ideário urbano. Wanderley (2000) considera que o acesso à infraestrutura, a bens de consumo e a equipamentos públicos é um direito para a população rural. No entanto, não podemos sobrepor esse modelo ao modo de vida rural. A “casa barreada” com a sua forma de organização diz de um modo de convivência com o espaço rural.

Dentro das práticas locais de saúde desenvolvidas podemos destacar o uso de plantas e de chás. Os denominados “remédios caseiros”, expressão utilizada pelos moradores, são utilizados em forma de chás, banhos e emplastos. Durante a conversa com Maria Rita, que trouxe seu bebê para fazer puericultura, ela conta à pesquisadora que o filho teve muitas cólicas e ela dava chá de funcho, camomila e erva cidreira, afirmando: “*Esses chás são muito bons para cólicas e para fazer dormir, é só você ferver com água, coar e dar na mamadeira com um pouco de açúcar.*” (Maria Rita, registro do diário de campo, janeiro de 2015). Segundo a usuária, essas plantas são cultivadas na maioria das casas, e afirma ainda: “*Toda casa que tem um bebê, tem que ter um pé de funcho.*” (Maria Rita, registro do diário de campo, janeiro de 2015).

Outro morador de um dos povoados, José Antônio, apresentava interesse e habilidades para lidar com plantas. Ele fora até a unidade de saúde para fazer curativo em um ferimento na mão. Enquanto esperava, chegou uma mulher procurando a enfermeira, apresentando o pé inchado. José Antônio disse à mulher: “*Você pode tomar chá da folha de embaúba para desinchar o pé; se você quiser, eu tenho lá em casa.*” (José Antônio, registro do diário de campo, janeiro de 2015).

Enquanto a mulher era atendida pela enfermeira, estabeleceu-se uma conversa entre José Antônio e a pesquisadora. Ele conta que sempre gostara de plantas medicinais e que a pessoas sempre iam à sua casa para perguntar sobre alguma planta ou algum chá que pudessem tomar e ele sempre “receitava” e providenciava a planta. Em sua argumentação, orienta a pesquisadora:

Rosa branca – o chá – é usado para problemas uterinos; mão de deus – o chá – é usado para combater diabetes; casca de Maria pobre – o chá – é usado para problemas da coluna... As plantas precisam secar à sombra e nunca no sol para não perder a força. (José Antônio, registro do diário de campo, janeiro de 2015).

Outra prática muito frequente entre a população é recorrer a um farmacêutico na cidade de Martinho Campos. A figura desse farmacêutico é muito

significativa para as pessoas. Maria das Dores, moradora de um dos povoados, com quem a pesquisadora encontrou em campo, expõe:

Quem cuidou dos meus meninos quando eram pequenos foi o José Roberto; então, quando eu preciso de alguma coisa, eu vou nele; ele sabe mais que muitos médicos. Quando eu preciso de um médico e dependendo do médico que está de plantão no hospital, eu vou direto no José Roberto. (Maria das Dores, registro do diário de campo, janeiro de 2015).

Como discutido em diálogo com Favret-Saada (2005), a pesquisadora vivenciou uma situação de afetamento nos encontros propiciados pela experiência em campo. O uso de plantas, de chás e a busca pelas orientações do farmacêutico podem ser pensados dentro das práticas locais de saúde, mas também como formas de lidar com as distâncias e as desigualdades de acesso à saúde. É inevitável o estranhamento da pesquisadora quando se depara com as formas de acesso, tanto da população aos serviços de saúde quanto dos profissionais aos locais de atendimento, situações de encontros cotidianos para equipe e usuários, marcadas pelas distâncias e pelas questões de infraestrutura.

O Olhar dos que Vêm/Veem de Fora

Na composição da equipe pesquisada, somente as ACS e as técnicas de enfermagem residiam no distrito ou nos povoados. O médico, as estagiárias de medicina e a enfermeira “vêm de fora”, ou seja, residem na sede do município ou em algum município próximo e vão ao distrito e povoados para os atendimentos. O médico era recém-formado e também acabara de chegar ao município. As estagiárias de medicina faziam parte do Internato Rural da UFMG e ficariam por três meses no município atendendo nas equipes de Saúde da Família. Terminado o período, elas iriam para outros estágios. O município mantém uma casa para a residência dos estagiários de medicina e, a cada três meses, um novo grupo de estagiários inicia seu trabalho. A enfermeira, que mora também na sede do município, era a profissional com mais tempo de trabalho na equipe: cinco anos. Na entrevista realizada com umas das técnicas de enfermagem, ela faz a seguinte afirmação:

Em geral, os profissionais que vêm de fora, que não moram aqui na comunidade, no

começo eles estranham. Por exemplo, se você falar um termo técnico com um paciente daqui, eles não vão entender. Então, com o tempo, os profissionais veem que tem que mudar a forma de falar, a forma de comunicar, que aqui é diferente. (Entrevista, Maria Aparecida, Técnica de Enfermagem, grifos nossos).

A partir dessa fala, surge a combinação “vêm/veem”, que compõe esse eixo de discussão. Maria Aparecida sinaliza para a questão do “estrangeiro”, aquele que vem de fora e não é “membro da comunidade”, em sua relação ao “nativo”. No primeiro momento, é uma relação de estranhamento. No entanto, ela assinala que “com o tempo os profissionais veem que precisam mudar” a forma de se relacionar. Nesse estranhamento, um dos primeiros aspectos que aparece nas entrevistas é a visão de uma população “carente”, que não se desenvolveu.

“Aqui, em Albert Isaacson, eu acho um público mais simples, mais carente mesmo, tem uma dificuldade maior de entendimento de compreensão. Você vê que os que têm um pouco mais de compreensão é porque já moraram fora; depois, vieram pra cá, ou tem algum estudo; então, você nota uma compreensão maior. Mas é muito difícil, é uma coisa que eu vejo, que nós somos estudantes ainda; eu imagino quem já tem anos de profissão, mas eu vejo que é frustrante, que você não consegue avançar com o paciente por conta dele não conseguir entender o quadro dele. Acontece em Martinho Campos, acontece em Belo Horizonte, mas aqui eu acho mais, é uma outra cultura mesmo.” (Entrevista, Maria José, Estagiária de Medicina, grifos nossos).

O impacto que a estagiária vive em relação à cultura e aos modos de vida das pessoas revela a assimetria entre profissionais e população atendida. Para Sucupira (2007), essa relação assimétrica entre médico e paciente ocorre tanto em função do saber envolvido quanto das inserções sociais de cada um. Ainda sobre essa questão, podemos considerar que, “além dos aspectos culturais, temos que enfatizar que eles (médicos e pacientes) não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica, em que o médico detém um corpo de conhecimento do qual o paciente geralmente

é excluído” (Caprara & Rodrigues, 2004, p. 141). Esse processo reforça a visão de uma população fragilizada e submissa, vista também como ignorante.

A frustração experimentada pela estagiária de medicina se relaciona com a ideia de que só há uma forma de se entender “o quadro” e uma expectativa de racionalidade médica hegemônica. Para os profissionais, o/a paciente precisa entender o seu “quadro” do ponto de vista biomédico. No entanto, podemos pensar em outras formas de entender “o quadro”. Aqui, a profissional vivencia uma dificuldade de compreensão da população e de seu contexto. Os aspectos culturais e sociais envolvidos nos “quadros” de saúde dos usuários não são considerados.

Gomes, Caprara, Landim e Vasconcelos (2012), ao discutirem a relação médico paciente na Atenção Primária à Saúde, apresentam alguns aspectos que influenciam na interação clínica e no desenvolvimento do trabalho, dos quais destacamos: as características pessoais do médico, o agir profissional e os problemas na organização dos serviços. Um usuário diz ao sair do consultório do médico:

“O médico é educado e me tratou bem, ele conversou muito comigo... porque o povo da roça é ignorante e descompreendido, mas, se a pessoa for educada a gente, também muda de toada e fica educado também, faz por onde. ‘Ocês são tudo estudado’, mas são educados com a gente, a gente fica muito feliz de ‘ocês cuidar de nós’.” (José Francisco. Registro de diário de Campo, janeiro de 2015).

A fala de José Francisco nos traz alguns elementos para pensar a questão relacional. Os profissionais da saúde são vistos como “os estudados” que possuem “doutoração”, termo usado em outro momento por José Francisco. Porquanto, profissionais são colocados na posição de quem sobrepõe o seu saber sobre o povo “ignorante e descompreendido”. No entanto, ele sinaliza que, de alguma forma, os profissionais podem ser vistos como agentes de um outro tipo de ignorância: a ignorância relacional. A anedota de José Francisco insinua que o “povo da roça” é versátil o suficiente para “ficar educado” quando tratado com educação, eles fazem “por onde” estabelecer uma relação educada. José Antônio nos questiona sobre a capacidade dos “estudados” também fazerem “por onde” estabelecer uma relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrada em campo e a experiência de ser “afetada” pela realidade possibilitaram algumas reflexões sobre o rural e as novas ruralidades. Tomamos o rural como um cenário de significados e práticas que emergem da interação, da relação com a alteridade e com o território. Para além do espaço geográfico, estamos inseridos em um espaço de práticas, códigos culturais, memórias e modos de vida.

Enfatizamos, neste artigo, as interações em campo, que mostram as diferenças culturais entre os “da cidade” e os “do rural”, situando pontos de estranhamento em situações experienciadas pela pesquisa e pelas pessoas envolvidas no estudo. A orientação etnográfica, como proposta metodológica, possibilitou colocar em destaque a afetação da pesquisadora, por meio de um exercício de reflexividade das situações vividas no território. A metodologia permite, igualmente, acentuarem-se as diferenças culturais entre a equipe de saúde e a população rural. Nos fragmentos de entrevista e registros de falas desses participantes no diário de campo, ressaltam-se os contrastes e as distinções que fazem entre si.

A principal limitação observada foi a impossibilidade de se prolongar ainda mais essa estadia, tendo como consequência a constante posição de estranhamento da pesquisadora nas cenas de que participou. Contudo, alguns dos fragmentos de conversa com usuários a que recorremos neste texto mostram a posição da pesquisadora como alguém que, assim como os profissionais de saúde, também vinha de fora. Por esse motivo, entendemos que essa limitação não minimiza os resultados. Ao contrário, mostra possibilidades metodológicas com potencial para se aproximar da cena empírica da saúde rural, lançando sobre ela o olhar descritivo analítico que guiou nossas reflexões.

REFERÊNCIAS

- Assunção Paiva, C. H. (2016). O sertão na saúde e na formação de trabalhadores setoriais: contextos, atores e ideologias (1920-1970). *Saúde em Debate*, 40, (110), 224-233
- Brasil (2013). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 1 de agosto de 2017 de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146. doi: 10.1590/S1413-81232004000100014.
- Carneiro, F. F. (2007). *A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias frias” em Unai, Minas Gerais*. (Tese de doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Carneiro, M. J. (1998). Ruralidades: novas identidades em construção. *Revista Estudos Sociedade e Agricultura*, 11, 53-75.
- Clifford, J. (2008). *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Escorel, S. (1998). *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Favret-Saada, J. (2005). Ser afetado. *Cadernos de Campo*, 13, 155-161.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Giovanella, L.; Mendonça, M. H. M. (2008). Atenção Primária em Saúde. In: L. Giovanella et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp. p. 575-625). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Gomes, A. M. A., Caprara, A., Landim, L. O. P., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis*, 22(3), 1101-1119. doi: 10.1590/S0103-73312012000300014.
- Laperrière, Anne (2008). Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In J. Poupart et al. (Org.). *A pesquisa qualitativa: Enfoque epistemológicos e metodológicos* (pp. 410-435). Petrópolis: Vozes.
- Laubstein, F. C. (2011). A Ruralidade Ontem e Hoje: uma análise do rural na contemporaneidade. *Revista Aurora, Ano V*(8), 92-102.
- Malinowski, B. (1976). *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural. (Original publicado em 1922).
- Martinho Campos (1990). *Lei Orgânica do Município de Martinho Campos*, de 17 de março de 1990. Recuperado de: http://www.camaramcampos.mg.gov.br/site/documentos/lei_organica_camara_martinho_campos.pdf
- Mesquita, A. P. & Ferreira, W. R. (2016). O Município E O Planejamento Rural: o plano diretor municipal como instrumento de ordenamento das áreas rurais. *Espaço em Revista*, 18(1), 11-32.
- Nunes, K. C. S. & Bezerra Neto, L. (2016). Urbano e rural: contradições e influências no (re)pensar da ruralidade no Brasil. *Revista Exitus*, 6(1), 62-76.

- Oliveira, R. (2006). *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Editora Unesp.
- Passos, R. A. (2015). *Cotidiano e saúde (s): Estudo Etnográfico dos usuários do SUS em um Município do Sul de Minas*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Itajubá, Itajubá.
- Reigota, M. (1999). *Ecologistas*. Rio Grande do Sul: editora EDUNISC, 2003.
- Silva, A. P. (2011). *As relações entre o pequeno município e o espaço rural: Cristais Paulista (SP) – um estudo de caso*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Araraquara, São Paulo.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42.
- Sucupira, A.C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 624-627. doi: 10.1590/S1414-32832007000300016
- Veiga, J. E. (2006). Nascimento de outra ruralidade. *Estudos Avançados*, 20(57), 333-353. doi: 10.1590/S0103-40142006000200023.
- Wanderley, M. N. B. (2000). A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas – o “rural” como espaço singular e ator coletivo. *Estudos sociedade e agricultura*, 15, 87-146.
- Wanderley, M. N. B. (2001). A ruralidade no Brasil moderno por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: N. Giarracca (Org.). *Una nueva ruralidad en America Latina?* (pp. 31-44). Buenos Aires: Clocco.
- Wanderley, M. N. B. (2004). Olhares sobre o “rural” brasileiro. *Raízes*, 23(01-02), 82-98.

Endereço para correspondência:

Luciana Kind
 Coração Eucarístico
 Av. Dom José Gaspar, 500
 CEP: 30535-901 – Belo Horizonte/MG
 E-mail: lukind@gmail.com

Recebido em 15/06/2017

Aceito em 15/09/2017

Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular

Integrative and complementary practices and dialogue with popular education

Maria Valquiria Nogueira do Nascimento^I

Isabel Fernandes de Oliveira^{II}

Resumo

O presente estudo consistiu em analisar a inserção das PIC's Grupais como estratégia de cuidado e atenção integral à saúde e as possibilidades de diálogo com a educação popular em Unidades Básicas. Dos equipamentos contactados, 22 realizavam PIC's Grupais, a saber: relaxamento, meditação, yoga, tai chi chuan, grupos de suporte mútuo, tenda do conto, grupo de prosa com mulheres, grupo de bordadeiras, grupo de idosos, grupo de caminhadas, grupo de terapia e arte, grupos de contação de histórias, terapia comunitária e teatro do oprimido. A educação popular pode ser instrumento de reorientação da atenção à saúde e globalidade das PIC's Grupais, com base numa perspectiva participativa, criativa, dialogada e emancipadora.

Palavras chave: Práticas integrativas e complementares; grupo; integralidade; educação popular; serviços de saúde da atenção básica

Abstract

The present study consisted in to analyze the insertion of Group PICs as a strategy of care and integral health care and the possibilities of dialogue with popular education in Basic Units. Of the equipment contacted, 22 made group PICs, namely: relaxation, meditation, yoga, tai chi chuan, mutual support groups, tale tent, prose group with women, group of embroiderers, group of elderly people, group of walks, group of therapy and art, storytelling groups, community therapy and the theater of the oppressed. Popular education can be an instrument to reorient attention to health and globality of group PIC's, based on a participatory, creative, dialogic and emancipatory perspective.

Keywords: Integrative and complementary practices; group; integrality; popular education; basic health care services.

^I Universidade Federal de Campina Grande. Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande.

^{II} Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Cursp de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte

É recorrente nos serviços de saúde a entrada de pessoas em busca de atendimento, muitas vezes, com queixas relacionadas a um mal estar generalizado, cuja sintomatologia não se enquadra numa nosografia tradicional. De acordo com Valla (2001), Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) e Vasconcelos (2008, 2010), esse tipo de manifestação de adoecimento pode ser nomeado como “sofrimento difuso”, como forma de se referir a problemáticas e queixas inespecíficas relacionadas a questões psicossociais importantes, como a ausência de redes de apoio social, problemas que dizem respeito às relações familiares, laborativas, sociais e econômicas dos usuários dos serviços de saúde. Essas temáticas não são, muitas vezes, explicadas sob as lentes dos saberes biomédicos ou psicológicos, motivo por que os profissionais de saúde são convocados a reorientar as suas ações e articular diferentes concepções sobre o processo saúde-doença. Nesse sentido, as Práticas Integrativas e Complementares [PIC's] apresentam-se como ferramentas que podem propiciar a recomposição da integralidade em saúde, por meio da qual as pessoas e grupos sociais protagonizam um maior controle sobre suas vidas. O presente artigo pretende apresentar os resultados de um estudo que consistiu em analisar a

inserção das PIC's Grupais como estratégia de cuidado e assistência integral à saúde na atenção básica, na perspectiva de compreender as possibilidades de diálogo com a educação popular¹.

As PIC's no Contexto do SUS

O Ministério da Saúde [MS], em 2006, através da Portaria GM nº 971, instituiu as PIC's como política de governo, com vistas a ampliar a pluralidade terapêutica, antes restrita aos setores privados. Dentre as práticas previstas estavam: a homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, termalismo, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, Reiki e Lian Gong. Mais recentemente, a portaria nº 849 incluiu a arteterapia, a ayurveda, a biodança, a dança circular, a meditação, a musicoterapia, a naturopatia, a osteopatia, a quiropraxia, a reflexoterapia, o reiki, a shantala e a yoga à política nacional (Brasil, 2006, 2017).

¹ Segundo as bases Freirianias, são práticas educativas que se propõem a ser libertadoras e tomam como ponto de partida as relações dialógicas, em defesa de que o conhecimento é construído junto com as pessoas, num processo colaborativo, de articulação e confronto de saberes. Para tanto, é interessante considerar essa educação no contexto cotidiano, no interior de sua morada, que é a cultura (Freire, 1967, 2005; Brandão, 2012).

As PIC's representam um grupo de sistemas médicos e terapêuticos de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina e são orientadas pelos seguintes princípios: escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com o ambiente e a sociedade, visão ampliada do processo saúde-doença, promoção global do cuidado humano, autocuidado, entre outros (Barros e Tesser, 2008). Essas modalidades terapêuticas têm se destacado por incitar mudanças em hábitos de vida, com caráter de promoção e estimular a participação ativa da pessoa frente à sua doença. Um os principais fatores de transformação é a inversão do paradigma da doença para o de saúde, uma menor dependência dos profissionais e dos remédios, e a autonomia em busca pelo cuidado (Luz, 2009, 2012 e Pinheiro & Mattos, 2004).

Dessa forma, dentre as diversas PIC's desenvolvidas nos serviços de saúde, este estudo se ocupou das práticas que são de caráter grupal. De acordo com Valla (2001) e Vasconcelos (2013), ao participarem de algum grupo de apoio social no qual passam pelos mesmos problemas ou vivem situações que afetam o bem-estar e a saúde, as pessoas estabelecem um intercâmbio de vivências que é benéfico tanto para quem ajuda quanto para aquele que é beneficiado com a vivência dos outros participantes. Produz-se, assim, um sentimento de igualdade, de utilidade social e competência individual e grupal, de modo que os apoios disponibilizados por determinados grupos ou organizações sociais podem contribuir para proporcionar fatores de proteção contra o surgimento de doenças.

As Práticas Integrativas e Complementares Grupais e as Possibilidades de Diálogo com a Educação Popular

Este estudo tomou como ponto de partida a produção de cuidado em saúde com origens na hegemonia da biomedicina, cuja prática desvaloriza fatores subjetivos e sociais associados ao processo saúde-doença. Com uma forte atuação na medicalização social² e na centralização do saber-poder dos profissionais de saúde, a ação biomédica reduz o potencial cultural e de autonomia das pessoas para lidarem com as situações de

adoecimento. Nesse sentido, apostamos na educação popular como instrumento de reorientação da atenção à saúde e globalidade das práticas, especialmente das PIC's Grupais, com base numa perspectiva participativa, dialogada e emancipadora. Para tanto, faz-se necessário a quebra dos poderes centralizadores para dar lugar a uma relação educativa e dialógica com a população na qual a valorização, articulação e confrontação de outros saberes tornam-se imperativas (Vasconcelos, 2010).

Dentre os contextos orientados pela dimensão educativa, dialógica e emancipadora da educação popular, o campo da saúde tem se constituído como um espaço fértil para uma relação de mais proximidade com as classes populares, ao mesmo tempo que rompe com o modo autoritário e normatizador de produção de saúde, pautado num modo de cuidado que não considera a participação das pessoas na construção de formas para lidar com os processos de adoecimento, portanto, não parte das necessidades dos sujeitos (Vasconcelos, 2010). A adoção dessa concepção para as práticas de saúde significa um desprendimento do poder dos profissionais com saberes gestados na academia e para a qual o conhecimento popular tem menor valor, para uma atitude educadora que suscita processos participativos. Para tanto, o diálogo se impõe como condição determinante numa relação que se pretende igualitária. Sem dúvida, as iniciativas de educação popular foram e são, ainda hoje, absolutamente importantes para a inauguração de uma cultura de mais proximidade com as pessoas e a transformação da relação autoritária da educação em saúde. Nessa direção, ações como as de PIC's Grupais foram introduzidas nos serviços como forma de superar a hegemonia do biologicismo e reorientar a globalidade das ações, garantindo uma pluralidade terapêutica na qual as pessoas têm autônomo poder de participar das decisões que dizem respeito ao seu processo saúde-doença. Tais práticas apresentam um caráter contra-hegemônico ao diversificarem as referências de saber e as técnicas autônomas e heterônomas de cuidado de si e dos outros, constituindo-se em possibilidade de cuidado para grande parte das situações comuns de adoecimento, típicas da APS (Tesser, 2010).

MÉTODO

Cenário e Grupo Sujeito: Sobre os Lugares e Protagonistas do Estudo

A pesquisa teve como cenário os serviços de saúde da atenção básica, situados numa capital do Nordeste

2 Segundo Foucault (2002), consiste "na ação do Estado ao controlar corpos da mesma forma que controla a população" (p. 293). A rigor, são estratégias de assujeitamento que podem se apresentar em formato de discursos e práticas de instituições, a exemplo da medicalização, que, a partir da normatização de determinados modos e estilos de vida, do consumo de medicamentos e de uma certa regulação médico-sanitária da vida, ordena a relação entre Estado e os sujeitos.

Brasileiro, mais especificamente, Unidades Básicas [UBS] e Unidades Básicas de Saúde [UBSF] vinculadas à Estratégia de Saúde da Família, bem como os grupos nos quais eram realizadas as atividades de Práticas Integrativas e Complementares. Para tanto, foram protagonistas deste estudo, trabalhadores e trabalhadoras que atuavam diretamente nos grupos de PIC's, nos serviços de saúde da atenção básica.

Procedimentos para o Trabalho de Campo, Estratégias de Produção de Dados e Análise

O trabalho de campo foi delineado a partir de 05 (cinco) etapas: (a) visita à Secretaria Municipal de Saúde [SMS]; (b) mapeamento dos equipamentos de saúde e de profissionais da atenção básica que desenvolviam atividades em PIC's Grupais; (c) identificação e caracterização das PIC's Grupais; (d) realização de entrevistas e rodas de conversa; (e) observação-participante nos grupos de PIC's.

Em virtude da diversidade de trabalhos em grupo realizados nos serviços de saúde, selecionamos práticas que atendessem basicamente a dois critérios, previamente estabelecidos: primeiro, práticas grupais que estivessem em sintonia com as concepções e princípios das PIC's; e o segundo critério, práticas que, ao longo do processo grupal construíssem algum tipo de interação ou conversação entre os participantes, de modo que possibilitassem uma análise de como se dava, por exemplo, a construção das demandas, relações de poder e participação, valorização das potencialidades e saberes, nível de problematização das experiências, protagonismo do grupo, autogestão, dentre outros. Desse modo, para as duas últimas estratégias de produção de dados deste estudo, entrevistas e rodas de conversa, selecionamos 08 (oito) práticas grupais que se encaixavam nos critérios mencionados anteriormente. Deste elenco, foi possível a observação-participante em 05 (cinco) grupos, com os quais realizamos 06 (seis) entrevistas e 02 (duas) rodas de conversa, com a participação total de 57 (cinquenta e sete) profissionais na pesquisa.

Após a produção e reescritura dos dados relacionados às entrevistas, rodas de conversa e observações-participantes, delimitamos alguns núcleos temáticos, os quais foram articulados e confrontados com o referencial teórico produzido durante todo o processo da pesquisa.

Em observância à resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito à participação de seres humanos em pesquisas, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética de uma Universidade Pública

e aprovado em primeira instância, com parecer de número 1.476.845.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mapeamento dos Profissionais que Realizam PIC's Grupais nos Serviços de Saúde da Atenção Básica

Observamos que é cada vez mais ampla a inserção das diversas especialidades e domínios de conhecimentos nas PIC's Grupais, o que demonstra a natureza multi e interdisciplinar destas práticas, ainda que algumas profissões apareçam de modo tímido.

Convém destacar a participação expressiva de Agentes Comunitários de Saúde [ACS's] nas PIC's Grupais. Ao assumirem uma função estratégica na ESF, com o papel de acolher e encaminhar as demandas individuais e coletivas da comunidade, revelam-se verdadeiras potências terapêuticas nos territórios das práticas. Dessa forma, é possível que a significativa inserção dos ACS's nas PIC's Grupais esteja relacionada a, pelo

Tabela 1

Profissionais de saúde inseridos nas PIC's grupais nos serviços de saúde da atenção básica

Categoria	n
Agente comunitário (a) de saúde	16
Enfermeiro (a)	9
Educador (a) Físico (a)	8
Médico (a)	7
Nutricionista	4
Psicólogo (a)	3
Auxiliar de Enfermagem	3
Dentista	3
Farmacêutico (a)	2
Fonoaudiólogo (a)	1
Total	56

menos, três aspectos: primeiro em razão destes trabalhadores viverem na mesma comunidade na qual está localizada a UBS de sua vinculação profissional. De acordo com Lancetti (2009), os ACS's, quando articulados com outros parceiros da organização sanitária, são fundamentais para fazer funcionar os equipamentos e práticas de saúde.

O segundo aspecto refere-se à facilidade deste profissional em suas práticas educativas transitar por distintos saberes, o popular e o científico, pois, ao mesmo tempo que é portador de um saber técnico possui um

saber popular inerente à sua classe (Bornstein, Morel, Pereira e Lopes, 2014).

O terceiro aspecto está relacionado ao fato dos ACS's serem vinculados às ações de promoção e prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde na ESF, contexto em que as ações integrativas estão incluídas na atenção básica.

Serviços de saúde da Atenção Básica que Realizam PIC's Grupais

Na ocasião do mapeamento dos serviços, contactamos 66 (sessenta e seis) equipamentos de saúde da atenção básica, dentre os quais 11 (onze) desenvolviam 22 (vinte e duas) atividades grupais compatíveis com os princípios das PIC's. Das 22 (vinte e duas) PIC's Grupais identificadas, 18 (dezoito) estavam localizadas na ESF e 04 (quatro) em 01 (uma) Unidade Básica de Saúde, esta última ainda não vinculada à Estratégia de Saúde da Família, haja vista que, à época do trabalho de campo, o município realizava a transição para transformar todas as Unidades Básicas em Unidades de Saúde da Família.

Caracterização das PIC's Grupais

Nesses contextos, nos deparamos com uma diversidade significativa de configurações de PIC's Grupais, distintas em termos de categorias, objetivos, demandas e procedimentos metodológicos. Das práticas identificadas, elencamos algumas categorias que traduzem as principais características das estratégias grupais, como: práticas corporais de tradição oriental, práticas corporais gerais, dança, contação de história, grupos de arte e cultura, grupos de caráter sociopolítico e grupos terapêuticos.

As PIC's Grupais relacionadas ao grupo de práticas corporais com tradição oriental, como a meditação, yoga e tai chi chuan, encontram-se ações que são sustentadas pela filosofia oriental e partem de uma compreensão holística do ser humano, pois considera o corpo como resultado da integração entre os aspectos físicos, emocional, mental e espiritual.

Num segundo grupo de PIC's Grupais identificadas nesta pesquisa, estão localizadas as práticas corporais gerais, como as danças de salão e zumba, que

Tabela 2

Caracterização das PIC's grupais realizadas nos serviços de saúde da atenção básica

Categoria	PIC's grupais
Intervenção mente-corpo	Meditação, yoga e tai chi chuan e caminhada
Dança	Danças circulares, biodança, dança de salão e zumba
Contação de história	Tenda do conto, tapera da falação, caixa sentimental
Arte e cultura	Grupos de produção de arte, teatro popular em saúde
Sócio-políticos	Teatro do oprimido
Grupos terapêuticos e de ajuda mútua	Terapia comunitária, grupos operativos

apresentam, como ponto de partida um caráter fisicalista, embora possam trazer como consequência a integração corpo-mente.

Na categoria de PIC's Grupais que tomam a dança como referência estão as danças circulares e a biodança. Como uma PIC grupal inserida no contexto da saúde, ao dançarem em roda, as pessoas colocam-se em contato com o seu próprio corpo em movimento, com o seu ser em expressão e com o grupo, ao mesmo tempo que estabelecem e transformam suas relações sociais e aliviam alguns sofrimentos em saúde que, muitas vezes, dispensam as intervenções a partir da medicalização.

A contação de histórias é uma característica bastante marcante das PIC's Grupais nos serviços, através

da realização de atividades como a tenda do conto³, tapera da falação e a caixa sentimental, ferramentas utilizadas nos serviços de saúde nas quais as pessoas são convidadas a identificar em seu cotidiano alguns objetos impregnados de memórias afetivas para, a partir destes, construírem as suas narrativas.

A utilização da arte nos grupos de PIC's pode ser visualizada a partir de experiências que trabalham com artesanatos ou outras produções artísticas como um pretexto para a construção de narrativas. Em geral, são grupos compostos por mulheres que, em rodas de conversa, abordam temas e inquietações femininas como forma de promoção de saúde e vida.

3 Ferramenta sistematizada pela enfermeira Jaqueline Abrantes em Unidades Básicas de Saúde, com o propósito estimular os participantes a produzirem narrativas sobre processos de saúde, a partir de objetos biográficos.

O teatro do oprimido aparece como a estratégia de PIC's Grupal com caráter sócio-político, por meio do qual são facilitadas algumas atividades teatrais com a concepção que todos os seres humanos são atores, porque agem, e espectadores, porque observam. Todos são, portanto, espect-atores: atuam, agem e interpretam. Nesse sentido, as PIC's Grupais assumem a produção de cuidado em saúde como um ato político, transformador e uma possibilidade de resistência.

Por fim, a última concepção metodológica que embasa o trabalho das PIC's Grupais nos serviços de saúde são as ferramentas de ajuda mútua, como a terapia comunitária, que consistem na troca e intercâmbio de experiências entre os participantes.

Demandas das PIC's Grupais nos Serviços de Saúde

Dentre as principais demandas que apontaram para a necessidade de implantação das PIC's Grupais nos serviços, destacam-se: a necessidade de reorientação das ações de educação em saúde voltadas para o tabagismo, gestantes, diabetes e hipertensão e os transtornos mentais graves e leves e o sofrimento difuso.

A primeira demanda, que tem relação com as ações de educação em saúde com os grupos de usuários com enfermidades crônicas, como diabetes e hipertensão, explica-se pela necessidade de reorientação dos processos de trabalho destas práticas, em geral, focados no desenvolvimento de ações educativas de aprendizado, de diversas formas de viver e lidar com a doença, de esclarecimento e de mudança de hábitos que poderiam influenciar no processo saúde-doença e nas questões de saúde mais recorrentes em cada território.

A segunda demanda das PIC's Grupais são os transtornos graves e leves, com o intuito de contemplar, no próprio território, tanto as pessoas em acompanhamento, por meio de outros dispositivos, como os Centros de Apoio Psicossocial [CAPS], quanto àquelas que vivem alguma situação de sofrimento, tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, ansiedade e medo, entre outras. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família tem contribuído para a desinstitucionalização dos cuidados das pessoas com transtornos mentais na direção de um cuidado em saúde mental territorializado. De acordo com Nunes, Jucá e Valentim (2007), essa proposta favorece a atenção à saúde em equipe multiprofissional, a integralidade (das profissões, das disciplinas e do cuidado), responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersetorialidade e interinstitucionalidade.

A terceira e mais expressiva demanda que indicou

a necessidade de implantação das PIC's Grupais na atenção básica, denominamos de sofrimento difuso, tendo sido apontada pelos profissionais como um dos problemas mais recorrentes nos serviços de saúde em que a medicalização era a única alternativa.

Relações, Saberes e Fazeres Produzidos no Cotidiano das PIC's Grupais: Diálogos com a Educação Popular

(a) Valorização dos Saberes e Potencialidades dos Grupos

As PIC's Grupais identificadas no campo tem suas raízes em matrizes culturais muito próximas de nossa realidade e tomam como ponto de partida, principalmente, a cultura nordestina como referência para a construção das práticas no cotidiano. Nos encontros de PIC's Grupais, todo o ambiente é organizado de modo que as pessoas se sintam como se estivessem em sua casa, entre a cozinha e a sala de estar. Com esta configuração que lembra o ambiente de casa e longe da frieza dos espaços destinados às consultas individualizadas nas quais se enxerga apenas a pessoa doente, as conversas informais e o compartilhamento de experiências que precedem os encontros das PIC's Grupais são importantes para estreitar os laços afetivos e de confiança e proporcionar a ampliação das redes sociais e comunitárias. Para Valla (2001), esses momentos são fundamentalmente produtores de sociabilidade e vida que contribuem para evitar o isolamento das pessoas diante das situações de adoecimento. Assim, o envolvimento comunitário é um fator psicossocial que pode contribuir para o aumento da autonomia e confiança pessoal, do autocuidado, autoestima e vontade de viver para enfrentar melhor os problemas de saúde.

Se os espaços nos quais acontecem os encontros das PIC's nos fazem lembrar que estamos em casa, lugar em que nos sentimos acolhidos, identificados e numa relação solidária e de proximidade com a família e os vizinhos, a decoração é repleta de objetos impregnados de memória e afeto. Entre velas, lâmpadas, fuxicos, bonecas de pano, lamparina, cartas, fotos e outras tantas lembranças, os participantes das PIC's Grupais são recebidos. Assim, notamos que a utilização de elementos da arte e da cultura popular é um recurso bastante presente nestes espaços como forma de promover o fortalecimento da identidade cultural das pessoas.

A preocupação dos profissionais de saúde em compor os espaços nos quais encontros das PIC's acontecem com os elementos pertencentes à cultura e próximos vida das pessoas, lembra a experiência dos

círculos de cultura realizados por Paulo Freire, nos quais o educador realizava como primeira etapa do trabalho um levantamento do universo vocabular dos educandos para, em seguida, extrair os temas geradores das reuniões. As palavras e temas identificados codificavam o modo de vida e as experiências das pessoas a partir de seus referenciais culturais e de mundo.

Como nos círculos de cultura, cada objeto que compõe a paisagem dos espaços das PIC's Grupais remete à possibilidade de construção de um tema que tem a ver com o universo dos participantes e é articulado, também, com as vivências culturais dos profissionais. Por analogia, lançamos mão da ideia de Padilha (2012), no contexto educacional, para aplicá-la aos cenários das práticas, lugar em que os autores e atores se organizam, se relacionam, se contextualizam, trocam experiências, aprendem e ensinam culturas diferentes, reaprendem as suas próprias culturas, aprendem e reconstróem conhecimentos, inclusive os conhecimentos científicos, e levam em consideração todos os repertórios presentes nos grupos. Nessa perspectiva, as PIC's Grupais traduzem uma forma de fazer cultura em que os usuários se sentem sujeitos da história, capazes de produzir modos próprios, solidários e coletivos de viver a saúde porque preserva o diálogo, a participação e a valorização dos seus saberes.

(b) Cultura Oral, Memória e as Narrativas de Ajuda Mútua nas PIC's Grupais

Ainda que os grupos observados imprimam dinâmicas distintas e próprias de cada lugar, um aspecto comum à condução das PIC's é a contação de histórias, presentes e passadas, como um recurso para a construção das narrativas dos participantes. A ativação das memórias e afetos começa entre a busca e o encontro dos objetos que serão levados para o encontro de pessoas anônimas, desvalorizadas pelos saberes científicos dos profissionais de saúde no cotidiano dos serviços e que narram, nos grupos de PIC's, histórias de dores, alegrias, perdas, reencontros, saudades, recitam poesias, cantam a vida. Então, os objetos são marcados pela identidade de cada um, portanto, biográficos. Para Bosi (2013), os objetos biográficos são aqueles que envelhecem e se incorporam às vidas de seus possuidores, como os relógios da família e os álbuns de fotografias. Cada um representa uma experiência vivida, uma aventura afetiva que vai além da sensação estética ou de utilidade. Mais que isso, remete-nos à nossa identidade e posição no mundo. Nas experiências de contar histórias, semelhantes as que são relatadas nos encontros das PIC's,

conforme a autora, são episódios que não significam, simplesmente, o ato de reviver, “mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado (...) A lembrança é uma imagem construída pelos materiais que estão, agora, à nossa disposição, no conjunto de representações que povoam nossa consciência atual” (p. 55). Assim, por mais que tenhamos a mesma lembrança ou imagem de um fato, ela ganha outros contornos porque nós não somos os mesmos de outrora, tão pouco nossas ideias e percepções da realidade são as mesmas.

Um aspecto relevante das PIC's que tomam a estratégia das narrativas e memórias orais na realização das atividades grupais, além de ser uma forma de valorizar os contadores de causos e histórias, é uma forma de resistência à supremacia da cultura letrada e erudita em detrimento da cultura popular, de base oral. Precisamos entender que nossa tradição na cultura popular é de tradição oral e que as pessoas assumem objetos, situações e acontecimentos como narrativas. Apesar disso, nós, profissionais de saúde, formamo-nos numa perspectiva de ruptura com essa tradição, com uma sobreposição do conhecimento científico e escrito sobre a oralidade dos grupos populares. O discurso acadêmico dos profissionais soa alto e dominante sobre a fala popular (Freire & Nogueira, 2011).

Ao valorizar, articular e confrontar os diferentes saberes presentes nas histórias dos participantes, as PIC's Grupais não só assumem a complementaridade como um critério para garantir os diversos modos de cada um dizer a sua palavra, como também estimula a ajuda mútua entre seus participantes, no sentido de identificar outras formas de perceber e reagir às situações de adoecimento e sofrimento. Para Vasconcelos (2013), estes grupos contribuem para o fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos, tornam as pessoas iguais pelo compartilhamento de papéis sociais comuns e possibilitam a produção de laços de identificação promotores de maior força emocional e consequente melhoria nas condições de saúde.

(c) Relações de Poder, Participação e Autogestão nas PIC's Grupais

Sem dúvida, a dimensão da participação está contemplada nas realizações das atividades das PIC's Grupais, especialmente pela incorporação das metodologias participativas como principal fundamento para realização das atividades. Isto é perfeitamente visível, a começar pela própria forma de organização dos ambientes, com pessoas dispostas em círculo, rotineiramente

discutindo e problematizando algum tema gerador, num clima de leitura coletiva das realidades vividas pelos usuários e na qual o diálogo se impõe como ingrediente importante no protagonismo das pessoas.

Desse modo, as estratégias de condução dos grupos no cotidiano são pensadas de modo a descentralizar o poder e o saber dos profissionais pela adoção de técnicas que promovem relações, de fato, horizontalizadas e que valorizam os saberes e a própria competência grupal. Certamente, os profissionais não pretendem submeter os participantes à condição de meros ouvintes, mas é preciso possibilitar o exercício da vivência da palavra e do corpo, pois partem de uma concepção de cuidado na qual os sujeitos das ações educativas são os usuários. É uma forma de ampliar as potencialidades de atuação das pessoas frente ao processo saúde-doença, bem como para outros níveis da vida social e política (Carrillo, 2013). Para que isso se concretize, os profissionais utilizam metodologias variadas e de caráter colaborativo, como as dinâmicas de grupo, danças, grupos operativos, teatro do oprimido, terapia comunitária, contação de histórias, rodas de conversas, entre outras. Um elemento importante a ser observado nesse contexto é a frequente preocupação, por parte dos profissionais, em tomar a realidade concreta das pessoas como o ponto de partida para a realização das ações.

Se considerarmos algumas perspectivas metodológicas de atuação no campo da saúde, encontraremos práticas vinculadas a uma concepção formal hierárquica-autoritária, que visa a domesticação das pessoas, outras que são populistas, pois se utilizam do discurso da educação popular, mas trazem resquícios do autoritarismo, e aquelas que têm raízes na ação dialética-dialógica-libertadora, cujo princípio orientador é a participação, horizontalidade e colaboração (Pulga, 2014). Nesse sentido, as PIC's Grupais observadas estão numa transição entre a perspectiva populista e a dialética-dialógica-libertadora, haja vista que há uma manifestação concreta de promoção da participação pelos profissionais, embora nem sempre se efetive plenamente em todas as etapas do trabalho, como os momentos de produção das demandas, planejamento e avaliação, que pouco envolvem os usuários, muitas vezes, com participações figurativas.

Embora reconheçamos o esforço dos profissionais no sentido de suscitar um grau de envolvimento dos usuários nas PIC's Grupais, essa participação não pode se restringir à expressão dos saberes nos momentos de execução das práticas, como uma espécie de convocação para as pessoas colaborarem num processo anteriormente previsto, cabendo-lhes apenas obedecer a

determinados comandos. As ações em saúde não devem prescindir de um conhecimento mais organizado e tão pouco as vozes das pessoas podem ser substituídas pelos pacotes prévios organizados à imagem e semelhança dos profissionais, pois “quem dá a palavra dá o tema, que dá o tema dirige o pensamento, quem dirige o pensamento pode guiar a consciência” (Padilha, 2012, s.p.). Diante disto, é possível que no interior das PIC's Grupais esteja presente uma cultura de dominação reproduzida em ações planejadas pelos profissionais e que acabam por expropriar o poder comunitário pela sobreposição do saber necessário, o saber tecnocientífico.

Desse modo, os grupos de PIC's devem possibilitar a transição dos grupos que estão na condição de assujeitados para grupos sujeito nos quais as pessoas participam efetivamente, opinam, constroem e são ouvidas em suas necessidades. Quando as ações são inventadas pelo povo, em parceria com os profissionais, daí resulta um sentimento de pertencimento e apropriação de projetos coletivos. Sem dúvida, tais práticas buscam proporcionar o fortalecimento do autocuidado, com graus crescentes de autonomia individual e coletiva, bem como estimulam os vínculos sociais e afetivos.

Com relação às atitudes autogestionárias dos grupos, percebemos como um aspecto especialmente pouco estimulado pelas atividades de PIC's. Mesmo as atividades comunitárias que extrapolam os muros dos serviços, como as comemorações, festas populares, passeios, caminhadas, etc., os grupos apresentam uma significativa dependência dos profissionais. Ainda que estas iniciativas valorizem a criação de espaços que propiciam os intercâmbios culturais e o diálogo e expressem uma extensão da comunicação com os serviços, a autogestão é uma dimensão que necessita ser exercitada nos grupos de PIC's para que as pessoas ampliem a capacidade de construir modos próprios de caminhar na vida e encontrem formas alternativas e autônomas de se organizar coletivamente, independentes dos equipamentos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As PIC's Grupais expressam muitas potencialidades no cotidiano dos serviços, a começar por se configurarem como um espaço de produção de formas de vida que emergem como resistência ao poder médico e medicalizante. Os grupos são espaços de cuidado nos quais as pessoas são acolhidas e cuidadas, manifestam suas emoções e afetos, sentem-se pertencentes aos coletivos, constroem redes solidárias e são reconhecidas em seus saberes e práticas.

Nota-se que a implantação das PIC's Grupais nos serviços tem contribuído para uma significativa desmedicalização da vida e diminuição de algumas demandas nos serviços, especialmente daqueles usuários com características do sofrimento difuso, problema que tem testado os limites da atenção à saúde e para a qual a medicalização tem sido a única alternativa. A ampliação da visão do processo saúde-doença como princípio orientador das ações em PIC's Grupais coloca a vida dos sujeitos como centro dos processos de trabalho, pois tenta compreender outros saberes que permeiam o adoecimento, concepção que repercute em modos positivos de agir dos profissionais de saúde diretamente conectados com a realidade e as condições de vida dos sujeitos. Assim, é possível inibir o fortalecimento da medicalização nos territórios para problemáticas como o sofrimento difuso e desenvolver estratégias coletivas e autônomas de produção de vida.

Constatamos, também, que as PIC's Grupais têm proporcionado a transformação das tradicionais relações nos serviços de saúde, especialmente pela mudança de atitude no que se refere à democratização de saberes e poderes nos grupos, caracterizada pela concepção participativa de suas ações. Esse aspecto se materializa no cotidiano dos serviços por meio da constante valorização dos saberes e potencialidades dos grupos e pelo reconhecimento do diálogo e da participação social e popular como pilares essenciais para a reorientação das ações educativas. No entanto, a concretização da participação no âmbito das PIC's Grupais tem se constituído como um desafio, seja porque os serviços não estão abertos à escuta dos diversos atores, seja porque somos afetados pela inexperiência da democracia, por medo de perder o poder ou porque não tivemos a oportunidade de participar de espaços de tomada de decisões de nossa sociedade.

Sem dúvida, as PIC's Grupais têm um potencial libertário que está presente desde a sua concepção. Para tanto se faz necessário que os princípios do diálogo e da participação sejam aprimorados com vistas à inserção dos protagonistas das ações em todas as etapas do processo, desde a construção das demandas, planejamentos, monitoramentos e avaliações até a execução das atividades. Assim, para que as PIC's Grupais se organizem mais efetivamente como espaços de participação mediados pelo diálogo e acolham e legitimem as contribuições do saber popular ao lado do saber técnico-científico, a educação popular pode contribuir para a qualificação da participação em suas ações, e, conseqüentemente, na reorientação das diversas estratégias dialógicas que ampliam o pensar e o fazer cotidianos das pic's grupais entre os profissionais de saúde e a população.

REFERÊNCIAS

- Barros, N.F. (2014). O histórico das práticas integrativas e complementares. *Comunidade de Práticas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://www.youtube.com/results?search_query=nelson+felice+de+barros+e+pr%C3%A1ticas+integrativas
- Barros, N.F. & Tesser, C.D. (2008). Medicalização Social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*, 42(5), 914-920.
- Bornstein, V. J., Morel, C. M., Pereira, I. D. F. & Lopes, M. R. (2014). Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, 18(2), 1327-1340. DOI: 10.1590/1807-57622013.0437
- Bosi, E. (2013). *O tempo vivo da memória: ensaios de Psicologia Social*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Brandão, C. R. (2012). *O que é educação popular*. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br>
- Carrillo, A. T. (2013). A educação popular como prática política e pedagógica emancipadora. In D. R. Streck & M. T. Esteban (Orgs.), *Educação popular: lugar de construção social coletiva*. (16-32). Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes.
- Fonseca, M.L.G, Guimarães, M.B.L & Vasconcelos, E.M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS*, 3(11), 285-94. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000100010>
- Foucault, M. (2002). *Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freire, P. & Nogueira, A. (2011). *Que fazer: teoria e prática em educação popular*. Petrópolis: Vozes.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1967). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Nunes, M.; Jucá, V. J.; Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.
- Junior, C. R. B. (2013). Análise Institucional e

- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. O caso do Lian Gong. In S. La` Abbate, L. C. Mourão, & L. M. Pezzato, (Orgs), *Análise Institucional e Saúde Coletiva* (pp. 239-261). São Paulo: Hucitec.
- Lacerda, A; Valla, V.V. (2005) Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (PP. 169-196). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco.
- Lancetti, A. (2009). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc*, 18(2), 304-311.
- Luz, M. T. (2012). Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In M. T. Luz & N. F. de Barros (Orgs.), *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. (15-21). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO.
- Padilha, P.R. (2012) O círculo de cultura na perspectiva da intertransculturalidade. Recuperado de <https://gepfaccat.files.wordpress.com/2012/10/o-cc3adrculo-de-cultura-na-persepectiva-intertransculturalidade-paulo-roberto-padilha.pdf>
- Pessoa, J. de M. (2013). Festa popular e educação popular: lugares em movimento. In D. R. Streck & M. T. Esteban (Orgs.), *Educação popular: lugar de construção social coletiva*. (203-213). Petrópolis: Vozes.
- Pinheiro, R. & Mattos, R.A. de (2004). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco.
- Pulga, V. L. (2014). A educação popular em saúde como referencial para as nossas práticas em saúde. In *II Caderno de Educação Popular em Saúde*. (pp. 123-146). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa.
- Tesser, C. D. (2010). *Medicalização Social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: HUCITEC.
- Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec.
- Valla, V.V. (2001). Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In E. M. Vasconcelos (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos* (pp. 39-62) São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. (2013) *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental* Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
- Vasconcelos, E. M. (2010). *Educação popular e atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

Endereço para correspondência:

Isabel Fernandes de Oliveira
 Campus Universitário UFRN, Lagoa Nova
 CEP: 59078-970 – Natal/RN
 E-mail: fernandes.isa@uol.com.br

Recebido em 15/06/2017

Aceito em 14/08/2017

Estudos sobre as implicações psicossociais da pobreza: possibilidades à descolonização dos saberes

Implicações Psicossociais da Pobreza: Diversidades e Resistências, organizado por Veronica Morais Ximenes, V. M., Barbara Barbosa Nepomuceno, Elívia Camurça Cidade e James Ferreira Moura Junior. (Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016, 405 p.)

Kissila Teixeira Mendes¹

¹Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA)

A obra “Implicações psicossociais da pobreza: diversidade e resistências”, publicada em 2016, resulta do trabalho do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) da Universidade Federal do Ceará (UFC), ilustrando o protagonismo da instituição neste este debate. O livro se propõe, a partir de trabalhos de diferentes perspectivas teóricas e diversas metodologias, a compreender a pobreza como fenômeno multidimensional e sistematizar questões relacionadas a ela. A importância dessa mudança epistemológica, sobretudo para a Psicologia, está no fato de que a compreensão do sujeito não está mais somente em aspectos intrapsíquicos, mas também - e, sobretudo - em seu contexto social e em suas formas de viver. Tal definição impacta também na concepção de ciência embutida no projeto, definida já em sua apresentação como uma ciência comprometida com a superação dos quadros de desigualdade.

Organizado por Verônica Morais Ximenes, professora dos programas de graduação e pós graduação da UFC e coordenadora do NUCOM; James Ferreira Moura Junior, professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e professor do programa de pós graduação da UFC; e por Bárbara Barbosa Nepomuceno e Elívia Camurça Cidade, ambas doutorandas em Psicologia pela UFC e membros do NUCOM, o livro é ainda resultado do trabalho de 33 autores. A formação maioritária destes é em Psicologia, havendo também autores com formação em Economia, Serviço Social e Direito. A organização do livro, por sua vez, consiste na divisão em três eixos, cada um composto de cinco capítulos.

O primeiro eixo é intitulado de “Categorias de análises da pobreza”, e os capítulos que o compõe buscam traçar diferentes formas de compreensão para o fenômeno para além dos critérios de renda e consumo – a exemplo das definições como as de linhas de pobreza e de Produto Interno Bruto (PIB), por exemplo - e com o foco na

multidimensionalidade da questão. Trata-se de pesquisas teóricas realizadas em diferentes centros acadêmicos e de pesquisas empíricas realizadas em Porto Alegre e em diferentes cidades do Ceará. É possível perceber no conjunto dos artigos o interesse: a) na constituição de saberes interdisciplinares; b) no debate de programas governamentais, como o Brasil sem Miséria, Bolsa Família, Luz para Todos, Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar e Programa Universidade para Todos, por exemplo, e em sugestões de aprimoramento; c) nas representações sociais da pobreza e em como estas, vinculadas a atributos morais, impactam na vida das pessoas em vivências de vergonha, humilhação, fatalismo e discriminação, conduzindo à estigmatização da pobreza, em diferentes expectativas sociais e na culpabilização do sujeito; d) e no levantamento de problemáticas outras, que, porém, também compõem a questão da pobreza, como gênero, etnia, raça, escolaridade, território, alimentação, relações (precárias) de trabalho, relações familiares e condições de trabalho.

Como exemplo deste último ponto, merece destaque o segundo capítulo, teórico, sobre a pobreza em contextos rurais e como esta atinge de forma especial as mulheres agricultoras. Por outro lado, é necessário ler com ressalvas alguns aspectos do eixo, como o quarto capítulo - onde, a partir de relações estatísticas, espiritualidade e otimismo são definidos como suportes positivos à pobreza, fortalecimento e evitação da passividade em grupos pobres - para não se cair em um aspecto romantizado e individualizante da problemática, o que todo o livro faz o esforço de evitar.

Dessa forma, fica clara já no primeiro eixo uma determinada concepção pobreza que, primeiramente, deve desvelar fenômenos de naturalização, individualização e moralização, e a compreendida enquanto processo histórico e premissa básica do capitalismo. Além disso, a pobreza só pode ser entendida a partir da relação

entre as condições objetivas, materiais, econômicas e suas consequências subjetivas, ideológicas, simbólicas e culturais. Assim, “ser pobre” impacta na identidade pessoal e social dos assim identificados, principalmente por ter como características a privação de liberdades e as práticas de opressão e humilhação. Cabe, então, à Psicologia e à ciência se apropriarem dessas características para responder as demandas dessa população, o que exige ainda uma mudança metodológica para, a partir da expectativa dos “pobres”, compreender, de fato, os sentidos da pobreza.

O segundo eixo, “Investigar e atuar em contextos de pobreza”, talvez seja o mais aguardado por acadêmicos por suprir a ânsia do “como fazer”. Isso porque, apresenta debates sobre pesquisas e atuações em cenários de pobreza com diferentes metodologias e locais: Ceará, Paraguai, Espanha, Nicarágua e com os povos indígenas Guarani. Este último, exitoso ao tratar de um debate negligenciado pela Psicologia, de forma geral, fundamentalmente ao levar-nos a repensar sobre nossas raízes epistemológicas. São tratadas ao longo do eixo temáticas bastante diversas como: estigma, fatalismo, metodologias de diagnósticos em cenários de pobreza, processamento de informações sociais, formas de socialização da pesquisa e resistências em contextos de pobreza. Mais uma vez, é preciso um esforço para, ao vislumbrar novas significações da pobreza – a citar, o empoderamento e otimismo frente ao fatalismo, por exemplo -, não relativizar ou minimizar situações a ponto de esquecer as determinações do modo de vida capitalista sobre elas, tais como a violência estrutural e os impactos coloniais no contexto latino americano.

Nesse aspecto, é central o primeiro capítulo do eixo, onde a autora debate criticamente o modo de produção capitalista e sua intrínseca necessidade de perpetuação das desigualdades. Logo, defende que o combate à pobreza só é possível de forma estrutural, a partir uma mudança societária. Assim, propõe uma revisão curricular nos cursos de Psicologia para em engajamento ético-político na luta por uma sociedade menos desigual. As perguntas que devem guiar o profissional, sobretudo em pesquisas nos contextos de pobreza, são expostas logo no título do segundo capítulo do eixo e são capazes de sintetizar um início para a compreensão deste compromisso ético-político: “para que e para quem?” são nossas pesquisas.

O terceiro eixo, “Resistências e enfrentamento à pobreza”, nos aproximam da realidade de pobreza ao contar com relatos de pesquisas que enfatizam as estratégias psicossociais – concretas ou simbólicas - utilizadas por sujeitos expostos a essa realidade. Destaca-se, também nesse eixo, a multiplicidade de vozes, havendo pesquisadas realizadas com diferentes interlocutores, tais

como: jovens, prostitutas, pessoas em sofrimento psíquico, e também no contexto rural. Há neste eixo a predominância de estudos da UFC. São resgatados como aspectos de enfrentamento à pobreza: a) as redes de apoio social, em formas como a familiar, comunitária, religiosa e institucional; b) os processos de ressignificação e de criatividade; c) as resistências à estigmatização; d) a revolta frente à condição de pobreza; e d) a compreensão das representações sociais sobre as políticas públicas e sobre “ser pobre”. O estudo com jovens em Fortaleza, que ilustra o quarto capítulo do eixo, é fundamental ao conseguir, a partir das categorias fatalismo e protagonismo, a princípio antagônicas, explicitar as possibilidades de enfrentamento à pobreza.

Abre-se caminho nesse ponto para o debate sobre o papel do Estado e as possibilidades via políticas públicas, ainda que estas muitas vezes se apresentem como paradoxos. É possível perceber como determinados tipos de políticas dizem também sobre o tipo de sociedade a qual está inserida. O quarto capítulo ainda traça um importante histórico das políticas de assistência social e transferência de renda no Brasil, e estas, juntamente às políticas de educação, são destacadas no último capítulo como possibilidades de transformação de condições materiais e subjetivas. A ênfase no fortalecimento das políticas públicas (papel do Estado) e na participação popular e comunitária como fontes de real emancipação ditam pretensões importantes do livro.

Historicamente, a pobreza e suas implicações foram temas ignorados pela Psicologia e pela ciência de forma geral, escolha esta que possui endereçamentos claros para a manutenção da ordem dominante. Dessa forma, o livro é uma obra necessária em tempos de exacerbada individualização e aprofundamento da questão social em nosso país e um resgate a pensar, sobretudo, sobre a realidade brasileira e latina americana a partir de novas formas metodológicas e epistemológicas, o que, por sua vez, conduz a novas possibilidades de compreensão e atuação. Portanto, trata-se de uma obra situada historicamente e que se mostra como possibilidade de embasamentos para pesquisas acadêmicas e práticas de extensão interessadas à temática. O livro não se impõe como um guia para determinada concepção teórica e se abre para a diversidade de perspectivas em consonância à unificação de esforços para trabalhos comprometidos com a realidade. Porém, apesar do tom polissêmico da publicação, é possível verificar importantes concepções norteadoras no sentido da defesa de uma Psicologia Social que parta de uma perspectiva dialética e do princípio de que pessoa e sociedade se constituem mutuamente.

REFERÊNCIAS

Ximenes, V. M., Nepomuceno, B. B., Cidade, E. C. & Moura Jr, J. E. (Orgs.). (2016). *Implicações Psicossociais da Pobreza: Diversidades e Resistências*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora.