

Educação, promoção e vigilância em saúde: integração entre saberes e práticas com movimentos sociais camponeses

Education, Health Promotion and Health Surveillance: integration of knowledge and practices with rural social movements

Maria do Socorro de Souza¹
 Jorge Mesquita Huet Machado²
 André Luiz Dutra Fenner³
 Antonia Sheila Gomes Lima⁴
 Gislei Siqueira Knierim⁵
 Virgínia da Silva Corrêa⁶

¹ Mestre em Política Social (UnB).
 Doutoranda no NUTES/UFRJ. Professora-pesquisadora em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Gerencia Regional de Brasília. Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho. Av. L3 Norte – Campus Darcy Ribeiro. CEP 70910-900. Brasília-DF, Brasil. E-mail: maria.souza@fiocruz.br

² Doutor em Saúde Pública (ENSP).
 Professor-pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz. Gerencia Regional de Brasília. Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho. Av. L3 Norte – Campus Darcy Ribeiro. CEP 70910-900. Brasília-DF, Brasil. E-mail: jorge.machado@fiocruz.br

³ Especialista em Gestão Ambiental (UFRJ).
 Colaboradora na Fundação Oswaldo Cruz. Gerencia Regional de Brasília. Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho. Av. L3 Norte – Campus Darcy Ribeiro. CEP 70910-900. Brasília-DF, Brasil. E-mail: antonia.lima@fiocruz.br

⁴ Doutor em Saúde Pública (ENSP).
 Professor-pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz. Diretoria da Gerencia Regional de Brasília. Av. L3 Norte – Campus Darcy Ribeiro. CEP 70910-900. Brasília-DF, Brasil. E-mail: andre.fenner@fiocruz.br

⁵ Mestre em Saúde Pública (ENSP).
 Colaboradora na Fundação Oswaldo Cruz. Gerencia Regional de Brasília. Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho. Av. L3 Norte – Campus Darcy Ribeiro. CEP 70910-900. Brasília-DF, Brasil. E-mail: gisleisk@gmail.com

⁶ Mestranda em Políticas Públicas em Saúde (EFG). Fundação Oswaldo Cruz. Gerencia Regional de Brasília. Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho. Av. L3 Norte – Campus Darcy Ribeiro. CEP 70910-900. Brasília-DF, Brasil. E-mail: virginiacorreia65@gmail.com

RESUMO

Introdução: este artigo reflete significados e sentidos que a educação, a promoção e a vigilância em saúde podem atribuir à implementação de políticas de equidade e gestão participativa no sistema único de saúde. Aborda dimensões que estruturam a política nacional de saúde integral para as populações do campo, da floresta e das águas: identidades e diferenças destas populações; etimologias de equidade em saúde; educação em saúde na produção de novas práticas em saúde; vigilância em saúde e promoção da saúde como experiência popular, intersetorial e de base territorial.

Objetivo: construção teórico-metodológica de práxis educativa em saúde para emancipação de povos com histórico de dominação colonial, integrando saberes e práticas entre pesquisadores, gestores, trabalhadores da saúde e movimentos sociais, por meio da vigilância em saúde e promoção da saúde.

Métodos: análise teórico-metodológico a partir de estudos literários, formação, vivência e registro de experiências educativas em saúde desenvolvidas com apoio do Projeto Formação de Lideranças para a Gestão Participativa da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas, período 2014 a 2016.

Resultados: produção de conhecimento em saúde coletiva e novas metodologias de trabalho no SUS.

Conclusão: a educação em saúde pode produzir novos conhecimentos e novas metodologias de trabalho no campo da vigilância em saúde e da promoção da saúde, apontando caminhos de mudanças no modelo de atenção à saúde. Pode ainda ser importante reforço às lutas identitárias e emancipatórias de movimentos sociais.

Palavras-chaves: Educação em saúde. Equidade em saúde. Vigilância em saúde. Populações do campo, da floresta e das águas.

ABSTRACT

Introduction: This article reflects on the mediating role that Education, Advocacy and Health Surveillance can fulfill in the implementation of equity policies and participatory management in the Unified Health System, transforming an experience started within a sectoral institutional space - the technical committees of health equity policies within the scope of the Ministry of Health - in a popular, intersectoral and territorial-based experience, aiming at altering the social determination of health that affects the health-disease process of rural populations, with the Promotion and Health Surveillance as the primary care provider in rural territories.

Methods: present the results of the training experiences developed in the Project over two years.

Results: working methods health and best public health practice.

Conclusion: By attributing political meanings and practical meanings to the implementation of the national policy of integral health of the rural, forest and water populations, the experience promotes the confluence of different knowledge and practices in health among social movements, managers and health workers, and points out for the need to make changes in the model of health care.

Palavras-chave: Health education. Equity in health. Surveillance health. Rural, forest and water populations.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para atender às pressões e reivindicações dos movimentos sociais pelo direito universal, integral e equânime à saúde¹, foi formulada num espaço de gestão participava do Ministério da Saúde (MS), o Grupo da Terra. Mais do que uma medida formal das instâncias de controle social e gestora do SUS, pode ser interpretada como um compromisso

ético firmado entre gestores, trabalhadores e movimentos sociais para enfrentamento das iniquidades em saúde que acometem grupos populacionais e indivíduos com largo histórico de desigualdades e negação de direitos, como são as populações do campo, da floresta e das águas.

O que define a identidade dos povos e populações do campo, das florestas e das águas? Que significados e sentidos de equidade em saúde tem-se atribuído a esta política? É possível articular as lutas populares e as pedagogias dos movimentos sociais com a educação em saúde para produzir novos conhecimentos e novas metodologias de

trabalho no campo da vigilância em saúde e da promoção da saúde no âmbito do SUS?

Este artigo discorrerá sob possibilidades teóricas-metodológicas e significados e sentidos que a educação, a vigilância e a promoção da saúde podem imprimir ao processo de implementação da PNSIPCFA.

No primeiro tópico do artigo, descrevemos as estratégias metodológicas das experiências educativas utilizadas no Projeto de Formação de Lideranças para a Gestão Participativa na implementação da PNSIPCFA, ressaltando as pedagogias e o protagonismo dos movimentos sociais. No segundo, abordamos as múltiplas identidades e diferenças sócio-culturais-ambientais das populações do campo, das florestas e das águas. No terceiro, o sentido etimológico de equidade em saúde ainda pouco compreendido no âmbito do SUS e no Brasil. No quarto tópico, discorremos sobre o papel emancipatório da educação em saúde em duas perspectivas: a primeira da educação popular e sua interface com os princípios e diretrizes da educação permanente. No último tópico, abordamos a discussão sobre o papel da vigilância em saúde e da promoção da saúde, de incidir sobre os processos de determinação social que caracterizam o padrão de saúde-doença das populações do campo, da floresta e das águas. De modo transversal, o artigo aborda ainda uma visão de gestão participativa democrática em defesa do direito universal à saúde e do SUS.

Os resultados aqui apresentados tiveram como substrato estudos literários, análises de documentos oficiais e de relatórios das atividades formativas, discussões entre os sujeitos envolvidos com a

experiência do projeto. Como relevante, mostra que a educação em saúde, quando assume a perspectiva integradora de saberes e práticas e de emancipação dos sujeitos envolvidos, pode produzir novos conhecimentos em saúde coletiva e novas metodologias de trabalho no campo da vigilância em saúde e da promoção da saúde no âmbito do SUS, apontando, de maneira transversal, possíveis caminhos para a gestão participativa e de mudanças no modelo de atenção à saúde. Mostra também ser uma importante ferramenta de reforço às estratégias de representação política e de aquisição de poder de povos e comunidades que apresentam histórias comuns de dominação colonial e de privação de direitos, valorizando suas múltiplas identidades e diferenças sócio-político-culturais e ambientais, acumulando forças de transformação social no nível dos territórios e das comunidades.

METODOLOGIA DA EXPERIÊNCIA EDUCATIVA

A concepção do projeto nasce num espaço técnico-institucional do MS, especificamente o Grupo da Terra, a partir de discussões em grupos e reuniões pedagógicas envolvendo os movimentos sociais, a equipe do Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde (DAGEP/SEGE/MS), a equipe do Programa de Promoção Saúde, Ambiente e Trabalho (PSAT/FIOCRUZ) e a Escola Fiocruz de Governo (EFG/Brasília).

O objetivo do projeto foi criar condições para a implementação da PNSIPCFA nos estados e municípios, buscando atender às demandas de formação e qualificação de trabalhadores e gestores do SUS, profissionais, técnicos, conselheiros de saúde e lideranças populares que atuam no campo da saúde, ambiente e trabalho.

Quadro 1

Movimentos sociais que compõem o Grupo da Terra

Sigla	Entidade
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CNS	Conselho Nacional das Populações Extrativistas
FETRAF	Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil
MLT	Movimento de Luta pela Terra
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
MONAPE	Movimento Nacional dos Pescadores

MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTRMM	Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas
MIQCB	Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu
MMTR-NE	Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste
FEPEAL	Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas
ANP	Articulação Nacional das Pescadoras do Brasil
CONFREM	Comissão Nacional de Fortalecimento das Reservas Extrativistas Costeiras e Marinhas
MCP	Movimento Camponês Popular
MTC	Movimento dos Trabalhadores do Campo

A Escola Fiocruz de Governo, em parceria com a Escola Nacional de Formação da CONTAG (ENFOC) e as escolas de formação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), foi responsável pela elaboração dos módulos para a formação dos sujeitos participantes, assim como suas respectivas cargas horárias, objetivos, metodologias, conteúdos programáticos e informações que foram geradas durante o percurso formativo.

Entre os anos de 2014 e 2016 a experiência educativa ganhou dimensão nacional e local, envolvendo a formação de 1.441 participantes. As atividades realizadas alcançaram o número de 1.332, sendo 109 oficinas e cursos territoriais, além de outras modalidades, como: diagnósticos participativos, seminários temáticos, cursos livres, cursos técnicos, atividades tempo-comunidade, articulações interinstitucionais, participação em congressos, sistematização de processos educativos, ação planejada em territórios, além de monitoramento e avaliação das ações durante o período de execução do projeto.

As experiências educativas assumiram diferentes estratégias, a depender da pedagogia dos movimentos sociais, dos contextos e dos objetivos e resultados pretendidos. A CONTAG optou pela estratégia de formação conjunta entre Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (MSTTR), gestores e trabalhadores de saúde em serviço no SUS, com destaque para os trabalhadores da atenção básica e da vigilância em saúde do trabalhador e vigilância em saúde ambiental, e pela elaboração conjunta de planos de ações a serem desenvolvidos em territórios localizados em 18 estados, nas cinco regiões do país, visando facilitar o processo de implementação da PNSIPCFA. Os cursos tiveram como produto final um plano de ação e uma agenda de saúde para cada estado envolvido no projeto, ressaltando as temáticas: fortalecimento da agricultura familiar agroecológica e orgânica; qualificação da

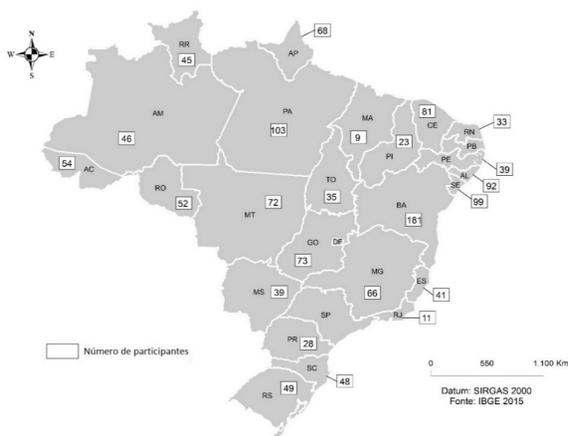
participação do movimento sindical nos espaços de controle social e gestão participativa no SUS; redução dos impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente; saúde do trabalhador; e acesso da população do campo, da floresta e das águas na política de saúde.

A formação do MMC trabalhou com a problematização de três questões: gestão participativa e controle social do SUS; promoção da saúde por meio da produção de alimentos saudáveis, livres de agrotóxicos, reafirmando o projeto de agricultura camponesa agroecológico, e de ações de enfrentamento aos problemas de saúde decorrentes do uso intensivo de agrotóxicos; e o uso das plantas medicinais, valorizando as práticas e o saber popular tradicional em saúde acumulados pelas mulheres camponesas. O processo de formação ocorreu em 20 cursos e quatro atividades nacionais, envolvendo 20 estados, nas cinco regiões do país.

O MST optou por trabalhar com a sistematização de experiências de educação profissional em saúde a partir dos cursos promovidos pelo Coletivo Nacional de Saúde do movimento, sendo estas: Curso de Técnico em Saúde Comunitária de Veranópolis – RS, com duas turmas ocorridas entre 2004 e 2009; Curso de Técnico em Saúde Comunitária da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), realizado de 2006 a 2009; e o Curso de Práticas Integrativas e Tradicionais em Saúde para moradores das áreas da reforma agrária do Estado do Rio de Janeiro, ocorrido de 2006 a 2007. Foi produzido, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, o registro histórico e um inventário de informações sobre as experiências, contribuindo com o debate sobre o papel da educação permanente e continuada do profissional de saúde no SUS, integrando saberes e práticas populares e técnico-científicas para orientar o trabalho desses profissionais junto a estas populações.

O MLT teve seu processo formativo baseado na pedagogia da alternância, norteado por três eixos de ação: saúde, solidariedade e sustentabilidade. Baseada no viver e conviver com a natureza, seja nos sertões nordestinos ou nas longas temporadas de chuvas na Amazônia, as ações educativas assumiram os princípios da educação popular em saúde e da economia solidária, como a solidariedade, o compartilhamento e a troca de saberes e práticas, e o convívio no coletivo. Os conteúdos e as estratégias educativas referenciaram-se na luta pelo direito à saúde com equidade, na garantia de acesso ao SUS, no respeito às práticas de cuidados tradicionais, na importância da produção agroecológica, na defesa da segurança alimentar e no direito à alimentação saudável. Os cursos do MLT aconteceram em 10 estados de quatro regiões do país.

Mapa 1
Número de participantes por estado



RESULTADOS E DISCUSSÕES

O que define a identidade dos povos e populações do campo, da floresta e das águas?

Ao referimo-nos aos povos e populações do campo, da floresta e das águas, estamos reconhecendo e respeitando as múltiplas identidades e diferenças sócio-político-culturais-ambientais dos sujeitos que assim se autodenominam, sejam estes, conforme o texto da política: indígenas, camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados (em regime permanente ou temporário) que residam ou não no campo; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações

atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais do campo e floresta.

Trata-se de sujeitos coletivos que, após séculos de dominação sociocultural imposta, de exploração econômica e de expropriação de seus territórios de pertencimento, utilizam novas narrativas de subjetividades para resgatar suas histórias originárias e produzir novas consciências de classe, de raça e de gênero. Essa tomada de consciência tem posicionado esses sujeitos a construir novas formas de luta política, materializadas na construção de novos projetos de vida comunitária, articuladas em nível local, nacional e global. Uma luta contra-hegemônica ao poder das elites agrárias do país, herança da dominação colonial que ainda persiste no meio rural brasileiro, hoje denominada de agronegócio.

Historicamente, as lutas camponesas denunciam as mazelas decorrentes do avanço do capitalismo no campo, e se posicionam criticamente contrárias ao modelo de desenvolvimento vigente no país desde a formação social brasileira. Este modelo é concentrador de poder e de terras, explorador da força de trabalho e da renda dos trabalhadores, degradador dos recursos naturais e excludente socialmente, e impõe uma única concepção de desenvolvimento e modo de vida social às pessoas, comunidades, populações, povos e mesmo ao planeta.

Tentando aproximar o sentido político dessas lutas populares da teorização feita por Homi Bhabha² sobre identidades culturais, diríamos que trata-se de práxis política, educativa e cultural que possibilita a tomada de consciência e a posição de sujeitos singulares e coletivos – sejam estas de classe, de raça, de gênero, de geração, de orientação sexual ou geopolítica, indo para além das narrativas de subjetividades das identidades originárias e iniciais, mas destinada a produzir novas articulações e novos atos políticos que possibilitem definir a própria ideia do que seja a vida em sociedade.

Uma ideia do que possa vir a ser esta nova forma de vida em sociedade está incorporada ao conceito de *buen-vivir*; que na tradução autoral dos movimentos sociais, a partir da realidade brasileira, ganhou o nome de *melhor viver* no campo, nas florestas e nas regiões aquíferas. Ainda que seja uma metáfora a ideia de *buen-vivir*, Tortosa³ defende a tese de que saber o que é o *mal desenvolvimento* ou o *malvivir* ajuda a definir o

que é *buen-vivir* e por onde começar a construí-lo. Para o autor, o *mal desenvolvimento* ou o *malvivir* é a situação habitual do sistema capitalista mundial, agravado pelas crises econômica, ideológica, energética, alimentar, ambiental e democrática, sem as quais não há saída sem a participação efetiva da sociedade.

Considerando estas perspectivas político-teóricas, entendemos que as lutas populares e as experiências sociais protagonizadas pelos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas - em defesa da reforma agrária e da agricultura familiar camponesa e agroecológica, da seguridade e promoção social em contraposição à violência dos direitos humanos, da liberdade social e política para participar, opinar e decidir, e do respeito às múltiplas identidades e diferenças socioculturais - apresentam-se como possibilidades autônomas, de nível territorial e global, de enfrentamento à crise do capitalismo mundial em várias dimensões. A perspectiva é que estas lutas e experiências possam assumir escalas maiores para que as necessidades humanas básicas desses povos e populações sejam equacionadas, e tornem a vida no campo, na floresta e nas águas mais humana, ou ainda, saudável e sustentável.

QUE SIGNIFICADOS E SENTIDOS DE EQUIDADE EM SAÚDE TEM-SE ATRIBUÍDO A ESTA POLÍTICA?

A ideia do que seja equidade em saúde para as lideranças dos movimentos sociais e os gestores e trabalhadores do SUS, merece uma mediação conceitual. Observando-se as narrativas das lideranças populares que participaram da experiência aqui analisada, podemos interpretar o uso da palavra equidade como algo que traduz o ideário de igualdade social e de justiça sócio-ambiental, apontando para além do acesso às ações e serviços de saúde, sem que isto signifique a anulação da importância de superar as barreiras que dificultam o acesso dessas populações ao SUS. O sentido que queremos reiterar é que estes povos trazem, do seu passado e em seu presente, marcas da estratégia de dominação e exploração colonial, mas que lutam para reescrever sua própria história e mudar sua posição no mundo.

Já a observação que fazemos dos discursos proferidos por gestores e trabalhadores do SUS, politicamente formulados a favor desta política de equidade, é que os mesmos tendem a restringir seu significado, exclusivamente, à ideia de acesso

a bens e serviços de saúde mediante a eficiência da gestão pública. Esta ênfase discursiva aparece, sobretudo, nas falas de trabalhadores e gestores do SUS que atuam no âmbito da atenção básica, por ser esta a responsabilidade prioritária da gestão municipal. Sabedores da limitação deste nível de assistência apostam, ainda, na regionalização do SUS como estratégia organizativa do sistema para melhor atender às necessidades de saúde da população, sobretudo as mais complexas, reduzindo, assim, as agudas disparidades locorregionais de conformação do SUS no interior do Brasil.

Do ponto de vista pragmático da gestão pública, esta visão, ainda que insuficiente, faz sentido se consideramos que estas populações estão localizadas predominantemente em municípios com até 50 mil habitantes, onde existe pouca infraestrutura, menor rede de serviços públicos instalada e os mais baixos indicadores de saúde, comparativos aos moradores das cidades, sobretudo das regiões norte e nordeste.

Nota-se, entretanto, a partir da observação empírica e análise dessas narrativas, uma situação de indefinição ou mesmo de ambiguidade entre os significados, discursos e práticas do que seja o conceito de equidade; o que pode dificultar decisões e avaliações quanto às medidas afirmativas em políticas públicas para solucionar as iniquidades em saúde destas populações.

Nossa análise se aproxima da revisão sistemática realizada por Paim & Silva⁴, que atribui ao sentido etimológico de equidade em saúde um contraponto às desigualdades socioeconômicas e as de saúde. Equidade em saúde aparece articulada aos princípios da universalidade e de integralidade. Nos estudos desses autores, o princípio da universalidade refere-se ao direito universal à saúde, interpretado como sendo aquilo que é comum a todos, tendo o *Welfare State* e a Conferência de Alma-Ata (1978) reforçado sua incorporação em sistemas públicos de saúde. Já a palavra integralidade, dentro do marco legal brasileiro, refere-se ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais⁵, ou ainda à assistência em saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Na mesma linha argumentativa, Naomar Almeida⁶ entende que o conceito de equidade utilizado no Brasil não tem sido compreendido em sua larga dimensão ética, social, econômica, política, pois tem sido empregado como equivalente àquilo que é injusto, levando a uma forte tendência de restringir direito universal e a equidade ao sinônimo de acesso a bens e serviços de saúde. Na sua visão, a retórica do “acesso”, utilizado como sinônimo de equidade, carrega em si um grande perigo, que é despolitizar a questão da saúde mediante a naturalização das disparidades na ocorrência de doenças e eventos relacionados à saúde que afetam de formas diferenciadas grupos sociais e indivíduos.

Estas referências teóricas são importantes porque nos remete a interpretar o conceito de equidade em saúde que está no texto da PNSIPCFA. O mesmo não parece se restringir apenas ao acesso à política específica de saúde, mas às políticas públicas intersetoriais que possibilitem incidir sobre os fatores que determinam as condições de produção e reprodução de vida e saúde destas populações, como o acesso à terra e a permanência dos povos e comunidades tradicionais em seus territórios de pertencimento; a democratização e o uso sustentável dos recursos naturais, o acesso à moradia digna com saneamento básico que provenha água de qualidade para o consumo humano e a produção da segurança alimentar e nutricional; bem como a superação de todas as formas de violência e dominação baseadas na raça, gênero, etnia, geração, orientação sexual e crenças religiosas. Ou seja, um significado amplo de equidade em saúde que possa dialogar com a utopia identitária e societária dos movimentos sociais, de conceber a saúde como sinônimo de satisfação das necessidades humanas, de *buen-vivir* ou melhor viver, em contraposição ao *malviver* e ao *mal desenvolvimento* produzidas pelo avanço do capitalismo no espaço rural brasileiro.

Parecendo ciente do cenário de iniquidades que afetam as populações camponesas, extrativistas e de regiões aquíferas, e almejando dirimir as ambiguidades conceituais e políticas que giram em torno do debate sobre equidade, a estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para implementação da PNSIPCFA nos estados e municípios é o incentivo à gestão participativa, à educação em saúde e à vigilância e promoção da saúde, como possibilidade de alcançar melhores e mais efetivos resultados⁷.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

É possível articular as lutas populares e as pedagogias dos movimentos sociais com a educação em saúde no âmbito do SUS? Que diálogos, aproximações, interações entre saberes e práticas populares e técnico-científicas são necessárias para produzir novos conhecimentos e novas metodologias de trabalho em promoção e vigilância em saúde?

Numa revisão histórica das práticas de educação em saúde, Casotti⁸ destaca duas fortes características. A primeira é a concepção de educação popular em saúde, que incorpora princípios da pedagogia de Paulo Freire, sendo ferramenta aliada dos movimentos sociais na luta pelo direito universal, integral e equânime na saúde enquanto parte estruturante de um projeto democrático e popular. A segunda, é a definição de educação permanente em serviço dada por L'Abbate⁹, de ser um “campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades”. Para Casotti⁸, tanto a educação popular em saúde quanto a educação permanente, incorporam a intencionalidade de desenvolver processos educativos como ferramenta para capturar a realidade, problematizar e produzir mudanças estruturais, e por isto mesmo tornaram-se, para além da prática, objeto de reflexão e de pesquisa. Ressaltamos ainda que grande parte das experiências de educação popular em saúde desenvolvidas no SUS ocorrem principalmente na atenção básica, e buscam romper com o modelo biomédico e as práticas tecnicistas que distanciam os trabalhadores dos usuários - e o serviço de saúde ofertado da cultura popular. Estas concepções vêm ao encontro do componente educativo explícito no texto da PNSIPCFA e do projeto de formação de lideranças, gestores e trabalhadores que atuam com estas populações.

As experiências educativas realizadas com os movimentos sociais camponeses, extrativistas e das regiões aquíferas abriram possibilidades para se pensar a formação do profissional de saúde que atua junto a estes povos e populações. Possibilitou ainda a criação de espaços permanentes de diálogo, de debate e de reflexão entre os profissionais de saúde, e entre estes e a população, de maneira a melhor identificar as necessidades de saúde e o planejamento das ações, superando o caráter

técnico, eventual e pontual que muitas vezes essas questões assumem na agenda de trabalho no SUS. Contribuiu ainda para romper com o modo tradicional dos programas dos cursos em saúde, que muitas vezes são acrílicos, bem como para repensar o modo tradicional de organizar os serviços de saúde, sobretudo na vigilância em saúde, que exige do profissional e da população a capacidade de saber analisar e lidar criticamente com questões econômicas, socioambientais e culturais, desde a macroesfera produtiva à micro dimensão do cotidiano da vida comunitária e familiar. No caso do *lôcus* em debate, entender e intervir em contextos e ambientes imersos em conflitos, tensões e disputas entre diferentes visões de desenvolvimento e de projetos societários.

As pedagogias utilizadas e as atividades desenvolvidas pelo projeto propiciaram, além da identificação de necessidades de saúde, a integração entre saberes e práticas tradicionais e técnico-científicas, sobretudo nos locais onde os profissionais de saúde e as lideranças dos movimentos sociais construíram relações de diálogo e respeito mútuos. Questões como modelo de desenvolvimento, identidades e diferenças culturais, perfil e formação dos profissionais de saúde, interface entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e do trabalhador, integração entre as redes de cuidado no SUS, integração entre as políticas sociais, e empoderamento comunitário e mobilização social ganharam importantes dimensões no processo formativo.

A confluência de interesses entre a Fiocruz, os movimentos sociais e demais parceiros envolvidos na experiência, só foi possível porque, em seu projeto institucional, a Fiocruz concebe a educação em saúde como processo emancipatório para democratização do conhecimento, valorização das pessoas, valorização da diversidade e redução das iniquidades nas condições de vida e saúde. Visa ainda contribuir com um projeto de desenvolvimento nacional com redistribuição de renda e inclusão social. A vigilância em saúde aparece como estratégia de imersão nos territórios para agir sobre a determinação social a favor da promoção da saúde dessas populações, de forma participativa e engajada.

Foi possível também porque a pedagogia de educação em saúde utilizada pelos movimentos sociais - CONTAG, MST, Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) e Movimento de Luta pela

Terra (MLT) – é a da educação popular em saúde, de caráter paulofreireana¹⁰, que tem por princípio o respeito às práticas de cuidado, a formação da consciência crítica das lideranças e o compromisso com a transformação social. Guia-se pelos princípios e diretrizes da problematização da realidade cotidiana a partir dos sujeitos; desconstrução, busca de diferentes saberes e construção de novos conhecimentos; defesa do direito à saúde como direito humano; defesa da democracia e da participação social; amorosidade e compromisso com os ideários de igualdade e de justiça social, solidariedade na luta e valorização da identidade e cultura camponesa⁷.

Certamente que neste processo educativo também ocorreram tensões, divergências e contradições decorrentes dos marcos teóricos e metodológicos que definem a práxis e o lugar das práxis de cada um desses atores. De um lado, o saber emergente e emancipatório dos movimentos sociais, que atuam na esfera pública construindo lutas contra-hegemônicas com questionamentos, pressões e demandas represadas. Por outro lado, o saber hegemônico de gestores e trabalhadores do SUS que, por estarem dentro e representarem o aparato estatal, nem sempre se posicionaram abertos às críticas e à avaliação direta das ações públicas realizadas. A crítica mais frequente dos usuários em relação aos gestores e trabalhadores do SUS é a falta de escuta sistemática no nível municipal, sobretudo por adotarem nos processos de trabalhos, inclusive na vigilância em saúde, concepções e linguagens técnico-profissionais, fechando seus processos decisórios aos especialistas de saúde e da gestão pública. Esta problemática reafirma a necessidade de continuar investindo na realização de pesquisas sobre pedagogias e mediações socioculturais em educação, promoção e vigilância em saúde.

PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM TERRITÓRIOS

As iniquidades em que vivem as populações do campo, da floresta e das águas têm causas estruturais decorrentes do avanço do capitalismo no espaço rural como já foi dito anteriormente. Mas há também responsabilidade dos governantes que historicamente não equacionaram as questões sociais que determinam o quadro de pobreza, fome, desigualdade e violência social que caracterizam o campo brasileiro. Notadamente, a situação agrava-se a depender da conjuntura política e econômica do país. À medida que crescem as

forças conservadoras no Executivo, Judiciário e Legislativo, crescem os ataques contra os direitos dos camponeses, povos indígenas, comunidades quilombolas e tradicionais, aumentando os conflitos étnico-raciais e de classe no espaço rural.

Ao se aproximar a vigilância em saúde ao cotidiano de vida das populações e dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, introduzindo práticas participativas, busca-se incidir sobre a realidade dos territórios, sejam estes assentamentos da reforma agrária, agricultura familiar camponesa, extrativismo, pesca artesanal ou comunidades tradicionais. Cada um desses contextos possui características próprias e requer formas distintas de atuação e prática profissional.

As perspectivas das práticas de vigilância em saúde se colocam entre dois polos, um que parte da operacionalização de um modelo hegemônico de saúde e doença centrado em ações verticalizadas de controle de agravos que são tensionadas por uma vertente de dimensão mais ampliada; outro que fundamenta-se nos princípios da Saúde Coletiva da Reforma Sanitária, de conceber a vigilância da saúde como promotora de transformação social e de enfrentamento das desigualdades sociais, intervindo diretamente sobre os determinantes sociais de saúde ou socioambientais; priorizando atuar em territórios e em populações delimitadas, com ênfase em ações intersetoriais e setoriais de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, contribuindo para a reorganização da assistência médico-ambulatorial e hospitalar em articulação com as necessidades de saúde da população¹¹.

Estas questões nortearam o debate acerca das estratégias formativas a serem adotadas no projeto. Optamos por trabalhar com a concepção ampliada de vigilância em saúde, priorizando atuar sobre os problemas de base territorial, com ênfase em ações intersetoriais e de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, sendo a saúde do trabalhador e a saúde ambiental as subáreas da vigilância privilegiadas na experiência aqui analisada. A aproximação entre as políticas de saúde e outras políticas sociais – como moradia, saneamento básico, transporte público, segurança pública, educação do campo, agricultura ecológica e orgânica – foram reafirmadas como estratégia de incidir sobre a determinação social da saúde desses povos e populações.

Destaca-se ainda que, nos debates entre os profissionais de saúde e destes com a população, emergiu o entendimento de reforçar o papel das vigilâncias em saúde e da promoção da saúde no âmbito do SUS enquanto ação de saúde com potência para enfrentar as consequências que as crises econômicas, política, socioambiental, alimentar e hídrica provocam na vida das pessoas, comunidades, povos e populações. A matriz que estrutura o modelo de desenvolvimento vigente no país é a mesma matriz de produção e reprodução do modelo hegemônico de saúde, que concentra poder e saber nas mãos de grupos políticos e econômicos em detrimento dos interesses da coletividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência analisada mostra que é possível estabelecer aproximações entre as lutas sociais protagonizadas pelos movimentos sociais e as ações públicas concebidas, planejadas e executadas nas instituições públicas de Estado, sobretudo quando a concepção de educação, promoção e vigilância em saúde assumem um caráter emancipatório, contextualizado, territorial, multidisciplinar e intersetorial. Esta aproximação, não ocorre, contudo, sem tensões, conflitos.

Guiar-se por uma concepção ampla e sistêmica de saúde, pela imersão e visão de totalidade do território usado, desvendando e integrando múltiplos saberes e práticas de saúde, é um dos caminhos possíveis para se construir redes de solidariedade e de cuidados de forma cooperativa que possam melhor atender as necessidades de saúde dos povos e populações. Esses princípios continuam guiando o fazer pedagógico dos Cursos de Especialização em Vigilância, Trabalho e Ambiente, ampliadas na parceria entre a Fiocruz (PSAT/Escola Fiocruz de Governo), a Funasa (Departamento de Saúde Ambiental), Rede de Médicos e Médicas Populares e a Articulação do Semiárido (ASA) atualmente desenvolvido nos estados do Ceará, Pernambuco e Piauí.

As agendas dos movimentos sociais, ou mesmo as agendas internacionais pactuadas entre governos – como a Agenda 2030 para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, aparecem também como oportunidades para potencializar as políticas públicas e as experiências sociais locais, promotoras de bases para a construção de novos modos de vida social em contraposição à imposição de contextos e ideias globalizantes. Isto

ocorrerá não sem disputas e tensões, e dependerá dos contextos e correlações de forças.

Quiçá, assim, estejamos alçando voos para irmos além da mitigação do *malviver* rumo à construção de

variadas formas de *buen-vivir* no campo, na floresta e nas águas a partir da realidade brasileira, inclusive entre os povos indígenas, numa perspectiva de territorialização saudável e sustentável.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Portaria nº 2.866. Institui a Política Nacional de Saúde Integral dos povos e populações do campo e da floresta, bem como seu respectivo Plano Operativo para 2012-2015. 2011.
- 2 Bhabha H. O local da cultura. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1998.
- 3 Tortosa JM. Maldesarrollo y mal vivir: pobreza y violencia a escala mundial. Quito: ed. Abya-Yala; 2011.
- 4 Paim JS, LMV Silva. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.). 2010;12(2):109-14.
- 5 Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
- 6 Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). Saúde em Debate. 2009;33(83):349-70.
- 7 Brasil. Política Nacional de Saúde Integral dos povos e populações do campo e da Floresta. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
- 8 Casotti E et al. Educação em saúde: reflexão preliminar sobre a constituição do campo. In: VI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências; 28 nov-01 dez 2007; Florianópolis, Brasil. UFSC; 2007.
- 9 L'abbate S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. Cad. Saúde Pública. 1994;10(4):481-90.
- 10 Freire P. Pedagogia do Oprimido. 40. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- 11 Porto MF. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017;22(10):3149-59.