

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOAQUIM GABRIEL DE ANDRADE COUTO

**VIVER NAS RUAS E O DEVIR NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM
SAÚDE**

Florianópolis, 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**VIVER NAS RUAS E O DEVIR NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao
Programa de Residência em Saúde da Família da
Universidade Federal de Santa Catarina

Aluno: Joaquim Gabriel de Andrade Couto

Orientadora: Prof.^a Dra.^a Daniela Lemos Carcereri

Coorientador: Dr. Deidvid de Abreu

Florianópolis, 2019

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que acreditam em uma sociedade mais justa e democrática, na qual todas as formas de desigualdade, opressão, e discriminação sejam combatidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à minha mãe, Zeli, e ao meu pai, Rogério (*in memoriam*) pela vida. Sou grato por vocês terem me dado a oportunidade de existir e estar no mundo; honro suas trajetórias, da maneira como foi e é, e com isso sigo com o que é meu, construindo a minha própria história. Muito obrigado pelos ensinamentos que me ajudaram a chegar até aqui, assim como pelo privilégio de ir em busca dos meus objetivos tendo seu apoio incondicional. Agradeço também às minhas irmãs, Sabrina e Ana Thaisi, por todo o carinho que sempre tiveram, aprendi e sigo aprendendo muito com vocês.

Agradeço a cada usuário (a) do Sistema Único de Saúde que encontrei nesses dois anos de Residência. Todos os contatos, sejam eles através dos atendimentos individuais, grupos ou do Conselho Local de Saúde, foram de extrema importância para esse processo de formação profissional e pessoal. Finalizo essa etapa convicto de que o espírito de coletividade é imprescindível para a construção de caminhos melhores. Ter vivenciado o fortalecimento da participação social, e olhar para tudo que a população do Jardim Atlântico conquistou me faz acreditar ainda mais na luta coletiva pela garantia de direitos sociais.

Não poderia deixar de agradecer aos profissionais de saúde da rede municipal de Florianópolis com quem tive contato. Começando pela enfermeira coordenadora Andresa, que junto dos demais profissionais do Centro de Saúde Jardim Atlântico nos receberam com muito carinho e disponibilidade, tendo compreendido o objetivo formativo da Residência, facilitando o processo de trabalho e a integração entre residentes e equipe de saúde, uma vez que as relações sempre foram atravessadas por muito respeito. Além de tudo, sou imensamente grato pela chance de conviver com o meu preceptor, Rafael, uma pessoa admirável que me recebeu da melhor forma possível, compreendendo meus receios de dentista recém-formado e estando sempre disposto a me ajudar...muito obrigado por todo o aprendizado, Rafa! Agradeço também à Mônica, que me recebeu no setor de Regulação da Secretaria de Saúde para um estágio rápido, mas de muito crescimento e trocas. Da mesma forma, agradeço às profissionais da equipe de Consultório na Rua de Florianópolis, onde tive a oportunidade de vivenciar por alguns dias a rotina de trabalho desse equipamento, e dessa forma pude ter contato com as diferentes pessoas vivendo em situação de rua, e, portanto, agradeço também a todas essas pessoas que se sentiram à vontade para compartilhar suas histórias de vida comigo nesse período.

Frente à oportunidade de fazer parte desse programa de residência, agradeço a toda população brasileira que financiou esse processo de formação por meio da bolsa de estudos, concedida pelo Ministério da Educação, à Universidade Federal de Santa Catarina, por ter feito parte do meu processo de formação nos últimos sete anos, e à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por proporcionar os campos de atuação da residência. Agradeço também a todos (as) que fazem/fizeram parte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC (coordenação, tutores/as, professores/as, Larissa, residentes e preceptores/as), que apesar de tantas dificuldades, continuam fortes na construção desse importante espaço de formação.

Deixo aqui meu agradecimento às residentes da turma 2017-2019 com as quais estudei e trabalhei nesse tempo. Em especial àquelas com quem convivi diariamente no Centro de

Saúde. Denise, Karina, Sheylane e Tatiane, foi um imenso prazer ter trabalhado com vocês nesses dois anos, compartilhamos momentos, conhecimentos, boas risadas e muitas histórias. Muito obrigado por estarem dispostas a ensinar e aprender através do trabalho em equipe, guardarei vocês no meu coração. Além disso, preciso agradecer às e ao R2 que nos recepcionaram no Centro de Saúde. Bruna, Ellen, Fernanda, Paola e Ricardo, vocês foram de grande importância durante todo esse processo de aprendizado, muito obrigado!

Agradeço às e aos colegas do Coletivo Catarinense de Residentes, responsáveis por construir e manter esse espaço de formação política tão importante durante esse período da Residência. Sem dúvidas todo o aprendizado que esse Coletivo proporciona é responsável por transformar nossa forma de ver o mundo, e nos estimula a seguir reivindicando por melhores condições nos programas de Residência, assim como se juntar às lutas populares pela garantia dos direitos sociais do povo brasileiro.

Ainda, agradeço à professora Daniela pela companhia nessa caminhada, iniciando na graduação e dando continuidade na Residência. Fico muito feliz que apesar de todas as suas outras funções dentro e fora da Universidade, você não hesitou em aceitar o convite para me orientar nesse trabalho. Prof, muito obrigado por ter se disponibilizado a seguir nesse desafio comigo! Sou muito grato por ter convivido com essa professora alegre, compreensiva e aberta ao diálogo com os alunos.

Agradeço também ao Deivid, que participou ativamente como coorientador desse trabalho. Sem dúvidas sua vivência profissional com a população em situação de rua, assim como sua formação acadêmica pesquisando sobre essa temática contribuíram fortemente com o meu trabalho. Muito obrigado pela disponibilidade em me auxiliar nessa construção!

Além disso, agradeço aos membros da banca examinadora por terem aceitado ler e avaliar o meu trabalho. Seus nomes surgiram, pois acreditamos que vocês são pessoas que têm grandes contribuições a serem feitas diante da temática dessa monografia.

Deixo meu agradecimento especial às professoras do departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Ana Lúcia, Daniela, Mirelle e Renata. Hoje sigo no caminho de luta pelo Sistema Único de Saúde por conta de todo estímulo que vocês representam ao se manterem resistentes e fortes na Saúde Bucal Coletiva dentro de um departamento tão endurecido e conservador como esse.

Sou grato a cada pessoa que passou pela minha vida durante todos esses anos. Não tenho dúvidas de que sou reflexo de cada encontro, de cada conversa, de cada compartilhar de ideias atravessado por concordâncias e discordâncias. Nesse processo de reflexão e transformação que é viver, tenho me reconstruído constantemente a partir do contato com o outro, e cada experiência tem me proporcionado um enorme aprendizado e crescimento. Dessa forma, agradeço especialmente aos amigos e amigas com quem tenho compartilhado momentos de felicidade, companheirismo, amor, angústia e tristeza, levo comigo todas as trocas que tive com cada um de vocês.

*“Hoje desaprendo o que tinha aprendido ontem
E que amanhã recomencarei a aprender.
Todos os dias desfaleço e desfaço-me em cinza efêmera:
todos os dias reconstruo minhas edificações, em sonho
eternas.*

*Esta frágil escola que somos, levanto-a com paciência
dos alicerces às torres, sabendo que é trabalho sem termo.
E do alto avisto os que folgam e assaltam, dono de riso e
pedras.*

Cada um de nós tem sua verdade, pela qual deve morrer.

*De um lugar que não se alcança, e que é, no entanto,
claro,*

*minha verdade, sem troca, sem equivalência nem
desengano*

*permanece constante, obrigatória, livre:
enquanto aprendo, desaprendo e torno a aprender.”*

(Cecília Meireles)

RESUMO

Diante das situações adversas que o modelo econômico capitalista vem submetendo a sociedade, as ruas têm sido ocupadas por uma população que encontra nos diferentes espaços urbanos um local de moradia, contrastando com as formas de sobrevivência socialmente aceitas. A População em Situação (PSR) sofre com as diferentes exclusões, sendo tratada como excedente inclusive pelo Estado, que frequentemente atua com práticas abertamente higienistas. Nesse cenário, a formação em saúde vem sendo estruturada em um modelo biomédico, altamente biologicista, tecnicista, voltado para o mercado, tendo como eixo formador a lógica do padrão e da norma, sem reconhecer as diversidades existentes na sociedade. Por este motivo, esse trabalho tem como objetivo contribuir, por meio da formulação de um projeto de extensão universitária (EU), para a formação na área da saúde, a partir da aproximação da realidade da PSR. Busca-se estimular a compreensão dos sujeitos na sua ipseidade e fomentar a reflexão acerca das concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado que perpassam a formação em saúde. O trabalho foi construído a partir de uma revisão bibliográfica, a fim de propiciar um maior contato com o que já se tem produzido sobre o tema investigado, buscando a ampliação dos conhecimentos e dos horizontes. E também a partir da prática vivenciada no período de estágio no Consultório na Rua do município de Florianópolis, Santa Catarina, utilizando esse momento para se aproximar dos profissionais que atuam diretamente com a PSR, assim como da própria população. A revisão bibliográfica abordou os seguintes temas: saúde da PSR; construção social dos conceitos de corpo, saúde, doença e cuidado; ensino em saúde e extensão universitária. A vivência e o contato com a rua permitiram reflexões, que somadas às leituras, serviram de base para a construção de uma proposta de projeto de extensão multiprofissional e interdisciplinar na área da saúde, envolvendo PSR. Partiu-se da compreensão da EU como ingrediente importante na construção da coesão social, no aprofundamento da democracia e na luta contra a exclusão social, pensando em um espaço que estimule os estudantes a terem um olhar capaz de ressignificar conceitos e preconceitos, que promova a inquietação frente às vulnerações presenciadas, e que estimule a criticidade, a criatividade e o desejo por transformações. Deste modo, vislumbra-se o devir no processo de ensino-aprendizagem em saúde, buscando a formação de profissionais de saúde ético-políticos, críticos e reflexivos, capazes de enxergar as diferentes formas de ser e estar no mundo, estando disponíveis a serem afetados pelos indivíduos, para assim cuidar respeitando as suas singularidades, pensando para além das concepções de normalidade, e do cuidado fragmentado e prescritivo.

Palavras-chave: População em situação de rua; Saúde; Educação; Extensão universitária.

ABSTRACT

Due to the adverse situations that the capitalist economic model has been submitted the society, the streets have been occupied by a population that sees the different urban spaces as places of dwelling, contrasting with those socially accepted ways of survival. The homeless population suffers from different sort of exclusions, being treated as excess even by the State, which often acts with hygienist practices. In this context, the health education has been structured on the biomedical model, which is highly biologicist, technicist, market oriented, with its former axis based by the pattern and the norm logic, which does not recognize the diversity of society. For this reason, this paper aims to contribute to the health area education through the formulation of a university extension project, based on the approximation to the homeless population reality, in order to stimulate the understanding of the people in their singularity, as well to stimulate the reflection about the health-illness-care process conceptions that surpass the health education. This monography was constructed from a literature review, in order to promote a greater contact with what has already been published about the subject investigated, aiming to expand the knowledge and horizons, as well as practice experienced during the internship in the Street Clinic Unit from Florianópolis, Santa Catarina, using this moment to approach the professionals who work directly with the homeless people as well as to this population. The literature review approached the subjects: homeless people's health, social construction of the concepts of body, health, disease and care; health education and university extension. The experience and contact with the street allowed multiples reflections that added to the readings, served as basis to the construction of this monography's product: the proposal of a multiprofessional and interdisciplinary extension project in the health area. It was supported by the understanding of the university extension activities as an important piece in the construction of social cohesion, democracy and social exclusion combat, thinking of a space that encourages the students to look to those people's reality being capable to resignify concepts and prejudices, promoting the restlessness in face of the vulnerabilities witnessed, and stimulating the criticality, creativity and the desire for transformations. Thus, it's possible to glimpse the transformations in the teaching-learning process in health, seeking the formation of ethical-political health professionals, critical and reflective, able to see the different ways of existing in the world, and by that, feel open to be affected by the other, and so take care of them respecting their singularities, thinking further the conceptions of normality, and the fragmented and prescriptive care.

Keywords: Homeless person; Health; Education.; University extension.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do itinerário de pesquisa de Paulo Freire.....	54
Figura 2 – Arco de Magueréz.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Centro-POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CnaR – Consultório na Rua

CPC – Centro Popular de Cultura

CR – Consultório de Rua

CS – Centro de Saúde

DCE – Diretório Central dos Estudantes

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EU – Extensão Universitária

EUA – Estados Unidos da América

FORPROEX – Fórum de Pró-Reitores de Extensão

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICOM – Instituto Comunitário Grande Florianópolis

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

MCP – Movimentos de Cultura Popular

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEC – Ministério da Educação

MNPR – Movimento Nacional da População em Situação de Rua

MNPR-SC – Movimento da População em Situação de Rua de Santa Catarina

MP – Metodologia da Problematização

MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMS – Prefeitura Municipal de Salvador

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNE – Plano Nacional de Educação

PNEPS-SUS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPSR – Política Nacional para a População em Situação de Rua

PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas

PRÓ-SAUDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSR – População em Situação de Rua

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SEC – Serviço de Extensão Cultural

SETRADS – Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SIGPEX – Sistema Integrado de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa e de Extensão

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNE – União Nacional dos Estudantes

UNE-Volante – Universidade-Volante

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
2.1. OBJETIVO GERAL.....	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. PERCURSO METODOLOGICO	18
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
4.1. A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR)	20
4.1.1. Trabalho, exclusão e viver nas ruas	20
4.1.2. Quem é a PSR	23
4.1.3. Saúde nas ruas	27
4.2. CORPO E PRÁTICAS DE CUIDADO	35
4.2.1. Normatização dos corpos	35
4.2.2. O cuidado	38
4.3. ENSINO EM SAÚDE	41
4.3.1. Como temos pensado o processo ensino-aprendizagem	41
4.3.2. A Extensão Universitária (EU)	47
4.3.3. Pensando possibilidades	51
5. O PROJETO DE EXTENSÃO: “APRENDENDO, ENSINANDO E TRANSFORMANDO COM A RUA”	58
5.1. INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA.....	58
5.2. JUSTIFICATIVA:	60
5.3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:	61
5.4. TRANSFORMAÇÕES DESEJADAS:	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66

1. INTRODUÇÃO

Vivemos em uma sociedade marcada por uma polarização econômica, com a concentração de riquezas entre grupos específicos e a exploração de populações menos favorecidas, onde se perpetuam as desigualdades sociais. Frente a isso, temos a fragilização dos vínculos empregatícios e familiares, e como reflexo das mais diversas dificuldades encontradas cotidianamente, se vê um movimento no qual as pessoas passam a viver nas ruas. Nesse contexto, as ruas são ocupadas por homens, mulheres, crianças, jovens e idosos, que encontram um local de moradia nos diferentes espaços urbanos, rompendo com as formas socialmente aceitas de sobrevivência (PAIVA et al., 2016).

A expansão do modelo econômico capitalista tem influenciado diretamente na produção de cuidado em saúde, uma vez que ele está estruturado na necessidade econômica de reprodução da força de trabalho, e deste modo, as ações de saúde são voltadas para a manutenção de corpos produtivos economicamente, ao mesmo tempo em que se proíbe aquilo que é considerado danoso. Donnangelo (1979) fala sobre a normatividade social dos corpos, na qual se determinam concepções sobre o corpo e o seu uso adequado, sem levar em conta que estes corpos têm significados particulares, tanto no plano das representações quanto na forma que são incorporados à estrutura de produção social. Nesse contexto, o setor da saúde exerce seu papel enquanto biopolítica, e utiliza do seu biopoder para limitar a pluralidade humana através do controle, da higiene e medicalização das populações (FOUCAULT, 1999).

Pensar a saúde nos dias atuais é vê-la sob o domínio do modelo biomédico de produção de saúde, limitado à dimensão anátomo-fisiológica e baseado na dicotomia: saúde e enfermidade. Nesse contexto, temos o cuidado em saúde colocado como a aplicação de tecnologias produzidas pela ciência, a fim de gerar um bem-estar físico e mental nos indivíduos, resultando em práticas que visam à normatização das sociedades, onde a vida é reduzida ao biológico e busca-se limitar a pluralidade humana por meio do controle disciplinar dos corpos (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; AYRES, 2004; SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

A existência da população em situação de rua (PSR) é historicamente marcada por situações de opressão e estigmatização. Ao não se ajustarem à lógica do capital – força de trabalho e consumo – são invisibilizados e têm sua existência relacionada à mendicância. A indiferença com que são tratados pela sociedade, os aproxima do que Varanda e Adorno (2004) chamam de “lixo urbano”, sua presença é tratada como excedente e ações marcadas pela ideia do descarte social são frequentes. O Estado utiliza de sua força para oprimi-la por meio de ações

de cunho higienista que visam retirar essas pessoas de vista, escancarando o paradoxo de um país que tem a seguridade social como direito constitucional, e toma o lado de tornar a PSR ainda mais vulnerada (VARANDA; ADORNO, 2004; PAIVA et al., 2016).

Sabe-se que as desigualdades sociais, influenciadas pelos contextos econômicos, políticos e sociais, têm afetado diretamente as condições de saúde dos indivíduos, explicitando as desigualdades e iniquidades em saúde. O modelo biomédico e suas teorias não têm sido capazes de explicar essas diferenças nas condições de saúde entre populações, pois esse modelo não leva em consideração que a saúde das pessoas é multidimensional e dinâmica, sendo influenciada por valores, concepções, momentos, lugares e classe social (BARRETO, 2017; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

A formação em saúde nesse cenário vem sendo, em sua grande parte, estruturada em moralidades, evidenciando a reprodução de um ensino que preconiza ações visando o controle, deslegitimando tudo que fuja das normas, sem promover a reflexão acerca da singularidade de cada ser humano. Frente a este contexto nota-se uma formação que está distante das diferentes realidades existentes, o que faz com que os profissionais tenham receio daquilo que é “diferente”, mas é real e desestabiliza os protocolos, abrindo brecha para que seja possível desinvestir energias no cuidado de grupos populacionais que são colocados, por exemplo, como de “difícil adesão ao tratamento” (LONDERO; PAULON, 2018).

Além destas questões, o ensino tem considerado os sujeitos de forma passiva no mundo, sendo apenas espectadores e não recriadores dele. Nessa perspectiva, o educador é o agente responsável por preencher os educandos de conteúdo, por meio de suas narrações desconectadas das realidades existentes. Assim, o ensino tem sido uma forma de alienar ainda mais os educandos, propondo apenas a adaptação ao mundo ao invés do estímulo à transformação das realidades. O pensamento de Paulo Freire continua se mostrando bastante atual na área da saúde, e apesar dos esforços empreendidos na busca pela implementação de políticas de reorientação da formação desde os anos 2000, não temos visto a ligação concreta entre as disciplinas ministradas em salas de aula e as diferentes experiências sociais existentes, e muito menos se tem feito a crítica a esse modelo de ensino (FREIRE, 1996).

Ao fazer a reflexão acerca de minha formação em saúde, percebi um grande vazio no que diz respeito ao estudo e discussão sobre as diferentes populações vulneradas, em especial a PSR. É notável o afastamento existente entre a universidade e essa realidade, reflexo de uma formação fragmentada, tecnicista, voltada para o mercado e que coloca as desigualdades sociais como meras fatalidades. Diante deste contexto, me senti instigado a refletir criticamente sobre

o ensino em saúde que temos presenciado, e com esse trabalho busco vislumbrar as atividades de extensão como meio de inserir a discussão sobre a PSR na formação em saúde.

Me inspirei em projetos de extensão que encontrei durante buscas na internet, com destaque para o projeto “Periferia dos Sonhos”, fundado em 2009 na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) com o objetivo de estimular o olhar crítico dos estudantes sobre a sociedade, introduzindo-os no trabalho com a PSR, a fim de incentivar a reflexão sobre os processos de inclusão e exclusão humana no espaço urbano. O Periferia dos Sonhos visa criar espaços de convivência social e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, e dessa forma estimular os estudantes a pensar seu papel na sociedade. Ainda posso citar experiências como o “Projeto da Rua Para’Noia” da Universidade Freevale, em Nova Hamburgo no estado do Rio Grande do Sul (RS), que tem como objetivo a promoção da saúde, de direitos humanos e cidadania da PSR, atuando com atividades de construção de produtos jornalísticos junto a essa população, assim como assessoria jurídica, atendimentos de enfermagem, oficinas de arte, educação, saúde mental e formação continuada. Assim como o projeto de extensão comunitária “Entre a clínica, a arte e a cidadania: oficinas com a população em situação de rua em Campinas” que vincula estudantes e docentes da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) ao Consultório na Rua (CnaR) da cidade a fim de dar novos rumos à discussão sobre a saúde da PSR. Também merece destaque o projeto “Jornal A Laje” da Universidade Federal do Paraná (UFPR) que tem como objetivo desenvolver um projeto de comunicação popular junto a PSR, a qual produz um veículo de comunicação produzido pela e para PSR (FREEVALE, 2018a, 2018b; UFPR, 2018; UNICAMP, 2018; UNIFESP, 2018).

Durante essa busca por experiências, fiz uma pesquisa simples no Sistema Integrado de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa e de Extensão (SIGPEX) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com os termos “rua” e “população em situação de rua” na sessão de ações de extensão, e me deparei com a inexistência de qualquer atividade de extensão que abordasse essa população. Diante desta lacuna e ciente da relevância do tema, apresento aqui este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) através do qual busquei explorar temas que considero pertinentes para refletir acerca da PSR, das concepções de saúde, corpo e cuidado, assim como do ensino em saúde, trazendo elementos para nortear a construção de um projeto de extensão universitária (EU) com foco na PSR.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Contribuir, por meio da formulação de um projeto de extensão, para a formação na área da saúde, a partir da aproximação da realidade da PSR.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar crítica e reflexivamente a formação em saúde reproduzida atualmente;
- Refletir sobre os conceitos que perpassam a formação em saúde, e as concepções do processo saúde-doença-cuidado presentes no ensino e na atuação de profissionais de saúde;
- Compreender os sujeitos na sua ipseidade, a fim de vislumbrar um cuidado pautado na alteridade, buscando romper com ações mecânicas e normativas;
- (Re)conhecer a PSR e suas características, refletindo acerca da saúde dessas pessoas, levando em consideração as diversas situações de vulneração as quais estão submetidas.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A partir da experiência vivida enquanto estudante de graduação na área da saúde, especificamente a Odontologia, que propus esse trabalho. Vivenciar um ensino em saúde de lógica positivista, baseado na normatização dos modos de viver e de se produzir cuidado me trouxe diversos questionamentos e o desejo de transformação. Acredito que para atingir os objetivos desse trabalho, seja necessário investir na busca pela compreensão das dinâmicas sociais, permeadas por diferentes crenças, atitudes hábitos e formas de visualizar o ser e estar no mundo. Ademais, parto do pressuposto de que a produção de conhecimento precisa ser atravessada pela criticidade, uma vez que ela nos faz sair do campo do conhecimento como algo absoluto e dogmático, assim como das realidades como uma fatalidade (MINAYO, 1994; SEVERINO, 2002).

Para a construção desse trabalho, utilizei uma abordagem qualitativa, iniciando o percurso até a formulação da proposta de intervenção propriamente dita, com a realização de uma pesquisa bibliográfica. Esta etapa teve como finalidade propiciar meu contato com o que já se tem produzido sobre o tema investigado, sendo utilizados livros, artigos publicados em periódicos, cartilhas, manuais, legislações e sites que descreviam projetos de extensão envolvendo PSR. Com a leitura dos materiais, procurei a ampliação dos conhecimentos e de horizontes, tendo sido necessária uma leitura proveitosa, sendo realizada com atenção e intenção, buscando promover a reflexão baseada no espírito crítico do pesquisador. Portanto, foi realizada a leitura interpretativa crítica-reflexiva, buscando a associação das ideias expostas pelos autores com o conhecimento do pesquisador, sendo esse processo permeado pelas minhas vivências pessoais (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Os conteúdos foram agrupados em três grandes categorias:

- 1) População em situação de rua: materiais que traziam uma visão histórica da situação de rua, assim como correlacionados com a saúde dessa população.
- 2) Corpo e práticas de cuidado: materiais relacionados à construção social dos conceitos de corpo, saúde, doença e cuidado.
- 3) Ensino em saúde: materiais que tratavam de temas como universidade, extensão universitária e formação em saúde.

Concomitantemente à construção dessa pesquisa bibliográfica, estive inserido no CnaR do município de Florianópolis, Santa Catarina, sendo possível utilizar esse momento para me aproximar dos profissionais que atuam diretamente com a PSR, assim como promover o contato

com a própria população. Nesse momento, a vivência e o contato com a rua permitiram reflexões, que somadas as leituras, serviram de base para a construção de uma proposta que busque promover alguma transformação da realidade existente. A proposta a qual me refiro, é a formulação de um projeto de EU que busque englobar as reflexões que emergiram durante a pesquisa bibliográfica, assim como os próprios objetivos desse trabalho.

Vivenciamos a construção de uma realidade baseada num conhecimento científico único colocado como uma verdade absoluta, sendo que essa questão fica ainda mais evidente quando falamos das ciências da natureza e da saúde, espaço onde a cientificidade é responsável por definir parâmetros de normalidade, de certo e de errado. Tal normatividade é atravessada por diferentes conflitos, que ficam evidentes quando olhamos para assuntos para os quais a ciência continua sem respostas, como as desigualdades sociais, a pobreza, a violência e etc. É na busca por compreender a ciência permeada por fenômenos sociais e por subjetividades que busco me aproximar da pesquisa social, procurando romper com a objetificação do processo de produção de conhecimento, explorando uma realidade marcada pela alteridade dos indivíduos e pela diversidade de pensamentos, colocando a produção científica submetida a um devir constante (MINAYO, 1994).

Portanto, busco através do uso da metodologia científica, uma aproximação com a realidade social, estando ciente da impossibilidade de reduzi-la aos dados obtidos numa pesquisa. Nesse sentido, Minayo (1994) coloca a pesquisa social como essencialmente qualitativa, uma vez que trata de estudar um nível de realidade que não pode ser quantificado, no qual irá se trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, no qual a pesquisa surge de um problema da vida prática, gerando um questionamento que pode demandar a revolução do que está colocado. Deste modo, refletir acerca de qualquer questão social, é mergulhar no dinamismo de significados que a vida possui, gerando o embate entre o que está colocado e o que se busca construir.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão aqui apresentada está estruturada em três partes, iniciando com a abordagem de textos referentes a população que gerou a construção desse trabalho, a PSR. Nessa primeira etapa, abordei conceitos referentes ao trabalho, exclusão social e o processo de viver nas ruas; em seguida busco trazer informações quantitativas e sociodemográficas referentes à PSR, e posteriormente contextualizo com trabalhos que discorrem sobre a saúde dessa população. Em um segundo momento, busquei falar sobre a construção de conceitos de saúde, doença, corpo e cuidado, pensando criticamente o que temos colocado na contemporaneidade. Na terceira sessão, a revisão está baseada em trabalhos que traziam a reflexão acerca do ensino em saúde e da EU, e finalizo pensando as possibilidades de mudança que vem sendo pautadas no cenário brasileiro.

4.1. A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR)

4.1.1. Trabalho, exclusão e viver nas ruas

Remeter-se ao processo de situação de rua, exige pensarmos o modelo econômico predominante no mundo. No processo de ascensão do capitalismo pós Revolução Industrial e urbanização, muitas pessoas tiveram seus meios de produção expropriados e precisaram buscar trabalho no novo mundo do mercado dos grandes centros urbanos. Porém, não havia emprego para todos, muitos menos habitação e alimentação; o somatório da falta de rendimentos e ausência de moradia resultava na pobreza, e no fenômeno conhecido como “vagabundagem”, processo no qual os trabalhadores que não conseguiam vender sua força de trabalho passaram a fazer da rua, seu espaço de moradia e de sustento. Importante também fazer o recorte racial desse processo, levando em consideração que com a abolição da escravatura, os/as escravos/as foram libertos sem qualquer possibilidade de sustento. Quando ofertados, os trabalhos eram os piores e mais mal pagos; os poucos auxílios eram de origem filantrópica, e como resultado dessa ausência de possibilidades de sobrevivência, passaram a ocupar os extratos mais pobres da sociedade, e viver nas ruas (SILVA, 2006, 2015).

No Brasil, esse processo de migração na busca por emprego pode ser colocado em três etapas: o primeiro ocorre na década de 1970, momento do êxodo rural, quando a população rural buscava os grandes centros urbanos; o momento seguinte se dá quando o crescimento industrial diminui e as grandes cidades se tornam menos atrativas, alterando o fluxo migratório para as regiões da Amazônia com a organização de novos assentamentos pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); o terceiro e último movimento acontece na

década de 1990, quando surge um novo modelo de migrante, o qual trafega pelo país sem a criação de vínculo em nenhum lugar (BURSZTYN, 2003).

Com a dificuldade de se incorporar ao sistema, uma grande parcela de pessoas foi, e ainda tem sido excluída do processo de produção e consumo; arrecadam o mínimo através de trabalhos informais e pouco convencionais, transformando os espaços urbanos em seus locais de luta por sobrevivência. A sociedade capitalista é baseada no trabalho, o qual passa a ser visto como uma relação social estruturada no dinheiro, no capital e na propriedade privada; requisitos tão distantes dessa população, que acabam por fazer dos espaços públicos seus universos privados, tornando o seu mundo restrito às ruas. Nesse cenário de exclusão do mundo do trabalho, as pessoas perdem vínculos familiares, a referência de lar, proteção social e são rebaixadas na hierarquia social, passando a ser vistas como “problemas” (SILVA, 2006).

Quando nós – pessoas consideradas produtivas economicamente – colocamos a PSR como um problema, olhamos (ou desviamos o olhar) para os diversos sujeitos deitados nas calçadas e não os reconhecemos como semelhantes, não são homens e mulheres como nós, existe um evidente abismo entre nossas realidades, existe a exclusão. Falar em exclusão é compreendê-la como uma condição determinada externamente sem que haja qualquer ato de transgressão, no qual as pessoas são simplesmente excluídas, sem que tenham contribuído diretamente para essa condição. No livro de Bursztyn (2003) são colocadas três formas de compreender a exclusão: a primeira, a qual é uma forma mais ampla, que se aproxima do conceito de discriminação/rejeição social, quando as diferenças não são toleradas, porém não há exclusão formal de direitos; na segunda tem-se uma clara exclusão de direitos daqueles que não estão integrados ao mundo do trabalho; e na terceira, além de serem destituídos de direitos, os indivíduos passam a não ter direito a ter direitos, e são alvos de ações que visam sua expulsão da sociedade, e até mesmo o extermínio.

Ainda na tentativa de compreender a exclusão, Leal (2008) analisou trabalhos que abordavam a temática, e com isso, agrupou as definições encontradas segundo os traços que se repetiam, e então para fins analíticos dividiu a exclusão social em três conjuntos, a serem apresentados:

1) **A exclusão social como fragilização e ruptura dos laços sociais:** a exclusão se dá na dimensão do trabalho, por meio da precarização das condições de trabalho ou do próprio desemprego; na dimensão sócio familiar, levando ao isolamento e à solidão; no campo político onde se perde o poder de ação e representação; na esfera das representações e dos

relacionamentos com o outro, quando a exclusão acontece pela discriminação e estigmatização, chegando ao não reconhecimento da humanidade do outro; e na dimensão humana, quando os excluídos restringem-se à busca por sobrevivência, sendo expulsos da categorização da humanidade (LEAL, 2008).

2) A exclusão social como alijamento de direitos ou como não-cidadania: tem-se a exclusão a partir da não concretização de direitos considerados de todos em uma sociedade, ou seja, se dá a exclusão de direitos humanos e sociais considerados básicos e universais na maioria das sociedades contemporâneas. Nesse sentido, não se tem acesso à cidadania pela impossibilidade do exercício de direitos civis e sociais, como o acesso ao trabalho remunerado que garanta um padrão de vida que não se configure pobreza, moradia adequada, saúde, educação etc (LEAL, 2008).

3) Exclusão social como conjunto de privações e vulnerabilidades relacionais, em processos de contradição: a exclusão aparece junto da pauperização e da desigualdade social como uma das principais manifestações das questões sociais contemporâneas, sendo ela a expressão das contradições e divergências presentes nas relações das classes sociais entre si e com o Estado. Refere-se à exclusão de qualquer participação política efetiva, resultante sobretudo do desemprego. Nesse caso, a exclusão se configura em um processo contraditório, pois se dá através da inclusão de uma parcela da população nas margens da sociedade capitalista, por intermédio da imposição de lugares não-participativos e excludentes (LEAL, 2008).

Assim, ao buscar um ponto em comum entre as diversas definições de exclusão social, Leal (2008) coloca que a convergência entre os autores está em caracterizar a exclusão como o impedimento de participação na sociedade – orientada pelo modelo capitalista de produção e consumo – seja pela ausência de trabalho estável, pela impossibilidade de acesso a bens materiais e simbólicos, aos serviços, estatutos reconhecidos e a poderes de intervenção sobre o próprio destino.

Diante desse panorama, evidencia-se uma sociedade que compreende o trabalho como fonte provedora dos fatores de subsistência, como moradia, saúde e alimentação. Nesse cenário, passar a viver nas ruas representa o rompimento com essas formas socialmente aceitas de sobrevivência, uma vez que se torna um novo modelo de se vincular aos contextos urbanos, com novas formas de organização e sobrevivência. Contrastando com o que é tido como “normal” ou “aceitável”, diariamente as ruas vêm sendo ocupadas por uma população que encontra nos diferentes espaços urbanos um local de moradia, e que apesar de sua

heterogeneidade, são frequentemente caracterizados por estereótipos que anulam suas diversas identidades e que fortalecem discursos responsáveis por culpabilizar individualmente os sujeitos pela sua condição, reforçando sua invisibilidade e impedindo a construção da cidadania (VARANDA; ADORNO, 2004; SOTERO, 2011; PAIVA et al., 2016).

Historicamente as conquistas sociais têm se dado a partir da organização e mobilização social. É com esse olhar que a PSR tem buscado lutar pelos seus direitos, vislumbrando um maior reconhecimento e a transformação da realidade que está colocada. Foi da necessidade de cuidar da vida, diante de atos de violência contra a PSR que se espalhavam pelo país, como a chacina da Praça da Sé em 2004, que essa população deu início a construção coletiva do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), sendo consolidado com seu lançamento em 2005, no 4º Festival Lixo e Cidadania. O MNPR vem desde então na busca pelo reconhecimento da PSR, a garantia de direitos e a representação social, sendo orientado pelos princípios da democracia, da valorização do coletivo, solidariedade, ética e o trabalho de base, pautando as bandeiras de luta pelo resgate da cidadania através do trabalho digno, salários suficientes para o sustento, moradia digna e acesso à saúde. Essa organização resultou na estruturação do movimento em diversas cidades brasileiras, assim como a realização do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a PSR e a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) (RUA, 2010).

4.1.2. Quem é a PSR

Acredito ser importante trazer informações sobre o I Censo e Pesquisa Nacional sobre a PSR a fim de nortear a reflexão acerca dessa população. Como já mencionado anteriormente, esse censo foi resultado de reivindicações do próprio MNPR em conjunto com outros movimentos sociais, somado ao interesse do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em dar visibilidade a essas pessoas, tendo sido encaminhado no I Encontro Nacional da PSR em 2005. O objetivo dessa pesquisa era de quantificar, conhecer as características socioeconômicas e modos de vida da PSR, uma vez que essas pessoas não existem para os censos tradicionais, como do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pois são pesquisas que contemplam apenas aqueles que têm uma moradia convencional, uma vez que são realizadas a domicílio (BRASIL, 2009a).

A metodologia utilizada nesse censo foi construída baseada nas experiências de cidades como São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que já haviam realizado estudos censitários dessa população. A pesquisa foi realizada em um total de 71 cidades, sendo 23 capitais (excluindo

aquelas que já tinham levantamentos semelhantes – São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre) e 48 cidades com populações maiores que 300 mil habitantes. A proposta não era apenas de quantificar, mas de também conhecer as características desses indivíduos para melhor orientar a construção de políticas públicas voltadas a essa população. A coleta dos dados foi realizada entre agosto de 2007 e março de 2008 e contou com um total de 1483 pessoas envolvidas, entre elas estavam 55 coordenadores, 269 supervisores e 926 entrevistadores, além do apoio de 147 moradores ou ex-moradores de rua e 86 educadores ou profissionais que trabalhavam com essa população.

Nesse estudo foram identificadas 31.922 pessoas de 18 anos ou mais em situação de rua nas cidades participantes. Esse universo “rua” engloba: calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos, prédios abandonados, becos, lixões, ferros-velhos ou pernoite em instituições, o que equivalia a 0,061% da população das cidades. Em relação às características sociodemográficas e econômicas, a PSR era predominantemente de homens (82%), jovens (de 26 a 35 anos), negros (pardos e pretos somavam 67%), com o primeiro grau incompleto (63,5%). Dentre os motivos citados que os levaram a viver nas ruas estão: envolvimento com álcool e outras drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (29,1%), muitas vezes aparecendo correlacionados ou existindo relação causal entre eles. Também foi relatada a própria escolha da rua como opção de moradia, muitas vezes relacionada à noção de liberdade, sendo importante ressaltar a crítica feita ao termo “situação de rua”, uma vez que remete a algo transitório, quando para algumas pessoas a rua é vista como sua moradia permanente (ANDRADE; DA COSTA; MARQUETTI, 2014).

Sobre o tempo de permanência na rua, quase metade dos entrevistados (48,4%) estava há mais de dois anos vivendo nas ruas, e cerca de 30% há mais de cinco anos. Apesar de acima termos relatado o processo histórico de migração no Brasil, esse censo identificou que ele não se refletia naquele momento, uma vez que 45,8% dos entrevistados sempre viveu no município que morava, e outros 30,3% eram do mesmo estado. Porém, não podemos negar o aspecto migratório, quando 11,9% afirmaram já ter vivido em seis ou mais cidades, e tendo como principais motivos dessa mudança a procura por emprego ou conflitos familiares. Quando questionados quanto ao local de preferência para pernoite, 46,5% preferiam as ruas enquanto 43,8% tinham preferência por albergues, sendo que o principal motivo de optar pela rua e não pelos albergues é a falta de liberdade, além do número insuficiente de vagas.

Com relação ao trabalho e renda, a grande maioria (70,9%) exercia alguma atividade remunerada, rompendo com a visão reduzida que coloca essa população sob o estigma de pedintes. Dentre as atividades citadas, estão: catadores de materiais recicláveis, “flanelinhas”, trabalhos de construção civil, limpeza e carregador/estivador. 15,7% declararam que pediam dinheiro como principal fonte de sobrevivência. Como podemos notar, a maioria das atividades citadas se enquadram como trabalhos informais, sendo que 47,7% nunca exerceram alguma atividade com carteira de trabalho assinada, demonstrando a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho formal, e de obter outras garantias e direitos advindos das relações formais de trabalho.

Quanto à alimentação, a maioria (79,6%) afirmou realizar ao menos uma refeição por dia, e 19% não conseguem se alimentar todos os dias, o que demonstra a falta de garantia de um direito humano fundamental. Em relação à higiene, foi relatado que os principais locais utilizados para banho são: a rua (32,6%), os albergues/abrigos (31,4%), os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos (5,2%). As necessidades fisiológicas seguem a mesma ordem, acrescentando-se ainda o uso de estabelecimentos comerciais. Quando questionados sobre a saúde, 30% afirmaram ter algum problema de saúde e 18,7% faziam uso de algum medicamento; quando doentes, 48,3% procuravam os hospitais/emergências, e 27,4% os Centros de Saúde (CS).

A falta de documentos de identificação é frequente entre a PSR, sendo que 24,8% dos entrevistados não possuíam nenhum documento, e 58,9% não tinham carteira de identidade. A inexistência de documentos cria barreiras ao exercício da cidadania, uma vez que sem eles, essa população é privada de acessar serviços, programas governamentais, e inclusive de obter um emprego formal. Ainda, 61,6% não tinham o título de eleitor, e por este motivo não exercem o direito elementar de escolha dos governantes e parlamentares. A pesquisa também questionou sobre os locais onde essas pessoas foram impedidas de adentrar ou permanecer, e entre eles apareceram: estabelecimentos comerciais, transportes coletivos, estabelecimentos de saúde, órgãos públicos, bancos, e inclusive citaram o impedimento ao tentar tirar documentos. Essas situações expressam a constante discriminação sofrida por essa população, sendo frequente a sua expulsão de estabelecimentos, ou até mesmo que evitem adentrar para não sofrer situações de opressão.

A fim de nos aproximarmos da realidade local da região que vivemos, considero importante trazer informações contidas no documento construído em 2017 pelo Instituto

Comunitário Grande Florianópolis (ICOM) em conjunto com o Movimento da População em Situação de Rua de Santa Catarina (MNPR-SC), resultado de uma pesquisa participativa de diagnóstico social que tinha como objetivo conhecer as necessidades da PSR da Grande Florianópolis. Essa pesquisa contou com a colaboração de pesquisadores voluntários que vivem/viveram nas ruas, e não teve caráter censitário, uma vez que buscou apenas reconhecer a percepção dos participantes. Foi realizada a aplicação de cerca de 1000 questionários e 937 foram validados, sendo 499 de Florianópolis, 265 de Palhoça, 141 de São José e 32 de Biguaçu (FLORIANÓPOLIS; SANTA CATARINA, 2017).

Das pessoas que participaram dessa pesquisa, a grande maioria (77,8%) se identificava com o gênero masculino, 65% tinham entre 30 e 49 anos, 47% se consideram brancos e 45% negros e pardos. Com relação ao tempo vivendo nas ruas, quase 70% está há menos de cinco anos nessa situação, 50% está vivendo na grande Florianópolis há menos de um ano, e 20% nasceram nessa região, o que pode demonstrar um crescimento dessa situação na região nos últimos anos, com grande movimento de pessoas se deslocando de outras cidades para a Grande Florianópolis. No que tange a educação e trabalho, 92% declararam saber ler e escrever, sendo que apenas 8,2% não são alfabetizados, e a maioria (40,4%) possuem o ensino fundamental incompleto; a grande maioria (70%) exerce alguma atividade remunerada, tendo sido citadas: construção civil/pedreiro/pintor, lava carros/"flanelinha", vendedor ambulante, catador de recicláveis, carga e descarga, limpeza/faxina e distribuidor de panfletos. Quando questionados quanto seus vínculos familiares e afetivos, 41% relataram não ter nenhum vínculo.

Em relação à saúde, 67,8% se percebem com um bom estado de saúde, 26,4% como regular e 5,8% afirmaram estarem doentes. A grande maioria (75,4%) não faz nenhum acompanhamento de saúde. Quanto aos estabelecimentos de saúde que frequentam ou já frequentaram, foram citados: hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), CnaR, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Quase 90% dos entrevistados não relataram dificuldades de acessar algum desses serviços, e dos 11,5% que afirmaram ter encontrado dificuldade, citaram a demora no atendimento e agendamento, assim como situações de discriminação e preconceito. 88% consomem ou já consumiram algum tipo de droga, estando o álcool, maconha e crack entre as mais citadas.

Pouco mais da metade dos participantes (55%) afirmaram ter acesso a três ou mais refeições por dia, sendo que 40% indicaram os Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro-POP) como locais de principal acesso à alimentação.

60% relataram já ter sofrido algum tipo de violência enquanto em situação de rua, sendo a mais citada a violência institucional. No que diz respeito às instituições de acolhimento e abrigo, 65% já estiveram acolhidos em albergues ou casas de acolhimento, mas apenas 7% estavam abrigados em instituições no momento da pesquisa, o que demonstra a escassez de instituições na região para acolher essa população. Quando questionados sobre os motivos que levariam a deixar as ruas, 30% citaram como fator principal ter uma casa, e 47% também citaram ter um emprego. Além disso, 93% afirmaram ter interesse de participar de projetos habitacionais e de aluguel social.

Essas pesquisas demonstram a importância de se buscar reconhecer essa população e suas características, para que sejam construídas e implementadas políticas públicas, cujos objetivos realmente contemplem as reivindicações das populações. Em tempos de retrocessos, sabemos que as populações mais vulneradas, como a PSR, são as primeiras a sentir os efeitos das políticas de austeridade e retiradas de direitos. Deste modo, ações participativas que envolvam os movimentos sociais, como o MNPR, são de extrema relevância para continuar pautando a luta pelos direitos sociais.

4.1.3. Saúde nas ruas

Ao falar em saúde, faz-se importante localizar o conceito de saúde ao qual me refiro. Dessa forma, faço uso daquele exposto no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, o qual diz que a saúde é:

[...]a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 04).

E além do mais, o relatório fala que a saúde é “definida a partir de um contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, 1986, p. 04). A saúde aponta como um direito social conquistado, que deve ser garantido pelo Estado através de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de saúde. Faz-se importante compreender que o pleno exercício do direito à saúde implica na garantia de condições de trabalho dignas, alimentação, moradia, educação, transporte, repouso, lazer, segurança, participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, assim como a garantia do direito à liberdade, à livre organização e expressão (BRASIL, 1986);

Tal conceito de saúde vem apoiado no entendimento da determinação social da saúde, que tem sua origem na Europa do século XIX, momento no qual Rudolf Virchow – considerado o pai do movimento de Medicina Social – afirma que as doenças eram causadas pelas más condições de vida resultantes da estrutura de produção e consumo, e considerava a saúde das populações um assunto de interesse social, uma vez que as condições sociais e econômicas têm importante influência no processo saúde-doença. Nesse sentido, Virchow e Solomon Neumann elaboraram a Lei de Saúde Pública da Prússia, que colocava a saúde das populações como responsabilidade do Estado, o qual deve cuidar das sociedades levando em consideração as condições sociais a que estão submetidas (ROSEN, 1994).

Essa concepção é resgatada na América Latina nos anos 1970, sendo representado no Brasil pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), o qual surgiu na busca pela democratização da saúde no Brasil em meio ao período da ditadura militar (1964-1985), no qual os militares tomaram o poder com a promessa de reinstalar a ordem – discurso semelhante com o que ouvimos recentemente no processo eleitoral de 2018 – e a partir do golpe de Estado, permaneceram no poder por 20 anos. Apesar de esquecido por muitos brasileiros, esse período foi marcado pelo endurecimento político e pela opressão a todos aqueles que se opunham ao discurso autoritário vigente, onde os opositores tiveram seus direitos cassados, muitos foram perseguidos, torturados e mortos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No que tange a saúde, o país vivia sob dois sistemas distintos: o previdenciário, voltado aos trabalhadores formais que contribuía financeiramente para manter os institutos de pensões; e a saúde pública, direcionada aos setores pobres e com atividades preventivas. Vemos então, o trabalho sendo reafirmado como provedor de direitos, inclusive do direito à saúde. Nesse contexto, o Brasil viveu a abertura da economia ao capital estrangeiro, o incentivo a expansão do setor privado na saúde com a contratação de serviços médicos privados para atendimento dos beneficiários dos institutos de pensões, cujos pagamentos eram repletos de corrupção; ao mesmo tempo em que se viu a redução dos gastos públicos com políticas sociais, como o desinvestimento na área da saúde pública. Com essas ações, o país viveu um período de crescimento econômico, que não se refletia na melhora das condições de vida da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A década de 1970 foi marcada pelo surgimento de novas ideias para a saúde do país, quando foi se formando o MRSB, que pautava a mudança radical no sistema de saúde a fim de promover o acesso universal e democrático à saúde. Concomitantemente à organização dos

movimentos sociais, surge o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, instituições que se somaram na luta e construíram uma categoria de produção de conhecimento na área da saúde, batizada de Saúde Coletiva. A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, tendo como tema “Saúde direito de todos e dever do Estado”, reuniu mais de quatro mil pessoas para discutir a reformulação do sistema de saúde e o financiamento desse setor, pautando a saúde como um direito. Assim, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde aparece como direito de todos e o dever do Estado em garanti-la. Portanto, falar em saúde como direito no Brasil é remeter-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990. Pensar o SUS certamente é olhar para um movimento que busca a construção de um país mais democrático, igualitário e justo (SOUSA, 2014).

No que se refere às políticas públicas, historicamente o Estado trata a PSR como excedente, com práticas abertamente higienistas que tem como objetivo a limpeza das vias públicas mediante a retirada dessas pessoas das ruas, sem criar possibilidades de reestruturação de suas vidas. É recente o movimento pela busca da garantia dos direitos sociais dessa população, visando superar as tradicionais ações assistencialistas de cunho higienista e medicalizador, responsáveis por reforçar a sua invisibilidade. (VARANDA; ADORNO, 2004; PAIVA et al., 2016) Nesse sentido, em 2009 foi instituída a PNPSR na perspectiva de reconhecer os direitos da PSR, com o objetivo de garantir o acesso às políticas públicas de saúde, assistência social, educação, previdência, moradia, segurança, cultura, lazer, esporte, trabalho e renda. A PNPSR é implementada de forma descentralizada, onde cada ente federativo adere a política utilizando instrumento próprio, que define as atribuições e responsabilidades, além de instituir os Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento, compostos por representantes da sociedade civil e de órgãos públicos (BRASIL, 2009b).

No caso das políticas públicas de saúde, a aproximação com a situação de rua se deu inicialmente no campo da saúde mental, através dos chamados Consultórios de Rua (CR). O projeto do CR foi idealizado nos anos 1990 pelo coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Dr. Antônio Nery Filho, o qual objetivava realizar atendimento às crianças e adolescentes em situação de rua que faziam uso abusivo de drogas em Salvador. Políticos e autoridades da época estavam sendo pressionadas por comerciantes do Pelourinho que reclamam da presença das crianças em situação de rua que circulavam pelo Centro Histórico em uso constante e intenso de drogas e

afastavam os turistas. Diante desta realidade, surgiu a oportunidade no início de 1999 de concretizar o projeto, mediante uma parceria e convênio entre a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) e o CETAD/UFBA, quando com recursos financeiros, foi possível colocar o projeto em prática, a fim de solucionar o problema de acordo com as características e necessidades da população, sem retirá-las compulsoriamente das ruas (OLIVEIRA, 2009).

Iniciou-se então, as atividades do CR numa perspectiva de levar atendimento às crianças e adolescentes usuárias de drogas e em situação de risco no próprio espaço da rua, tanto na região do Pelourinho, assim como em outras três áreas de Salvador onde havia concentração de grupos de jovens na mesma situação. Oliveira (2009) coloca a experiência como um grande desafio, pois fazia com que os profissionais da equipe se questionassem constantemente sobre o seu “fazer”, e que descobrissem como fazer, fazendo. Em 2004, com a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Salvador, o CR passou a atuar também naquela instituição. Em 2009, o Ministério da Saúde incluiu o CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

Como parte desses planos, o CR se apresentou como uma forma de reduzir a lacuna existencial de políticas de saúde voltadas para as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e que estão em situação de rua. O CR representou uma alternativa ao modelo biomédico de saúde, pois tinha como característica principal a oferta de cuidados no próprio espaço da rua, respeitando o contexto sociocultural da população, além de romper com a lógica predominante pautada na abstinência do uso de drogas, uma vez que se baseava nos princípios do respeito às diferenças, promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade, permitindo um movimento de aproximação entre essa população e os serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) reconhece as diferentes populações, e abre a possibilidade de se ter equipes de atenção básica para populações específicas, sendo uma delas a PSR. Desse modo, as ações deixaram de ser focadas apenas nos usuários de álcool e outras drogas, ampliando o público para toda a PSR, sendo instituído o CnaR, equipamento formado por uma equipe multiprofissional responsável por promover a atenção integral à saúde da PSR através de ações *in loco*, em instalações específicas,

na unidade móvel e também em UBS. Os CnaR podem contar com a presença de profissionais de saúde das seguintes categorias: médico (a), enfermeiro (a), assistente social, psicólogo (a), terapeuta ocupacional, agente social, técnico (a) ou auxiliar de enfermagem, técnico (a) em saúde bucal, cirurgião (ã) dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação. Esse equipamento, tem como objetivo original criar a ligação entre a PSR e os estabelecimentos de saúde, num movimento no qual os profissionais de saúde se deslocam até os locais de moradia dessa população, uma vez que o contato se dá nas ruas, promovendo o contato direto com essa realidade (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; ROSA et al., 2018).

O viver nas ruas coloca a população em contato direto com situações que afetam sua condição de saúde, como a exposição a situações de violências (físicas ou simbólicas), alimentação incerta, dificuldade do acesso à água, privação do sono, privação de afeição, variações climáticas, vergonha, uso de álcool e outras drogas, entre outras. Diante do exposto, citam-se os problemas clínicos mais comuns nessa população: problemas nos pés, infestações, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV/AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, uso abusivo de álcool e outras drogas, questões de saúde bucal. (BRASIL, 2012a) Apesar de citar problemas de saúde frequentes entre essa população, considero importante reforçar que não tenho como objetivo reduzir a PSR a questões biológicas/patológicas, ou restringi-la a um grupo de risco a tais condições, uma vez que busco com esse trabalho refletir o processo saúde-doença na rua para além dessa perspectiva de causalidade, que na maioria das vezes é responsável por culpabilizar os sujeitos pelas suas condições.

Quando cito as condições clínicas mais comuns, penso que inevitavelmente todos estamos vulneráveis – em maior ou menor grau – a esses agravos. Ao falar em vulneráveis, creio ser importante estabelecer uma distinção entre os termos vulnerabilidade e vulneração: o primeiro se remete a uma situação a que todos podemos ser submetidos, uma vez que somos todos potencialmente suscetíveis a sermos “feridos” em algum grau, bastando apenas estarmos vivos; porém, nem todos estamos vulnerados concretamente, já que essa condição está relacionada ao pertencimento a uma determinada classe social, etnia, gênero ou condição de vida. Logo, quando falo da PSR, busco utilizar o termo “vulnerado (a)”, uma vez que essas pessoas se encontram vulneradas em relação a moradia, à fome, ao trabalho, aos demais setores da sociedade e ao Estado (SCHRAMM, 2006; SOTERO, 2011).

Portanto, quando pensamos a saúde da PSR, precisamos olhar para as diversas situações de vulneração a que essa população está exposta no cotidiano, e refletir acerca do processo saúde-doença-cuidado de forma que ultrapasse o modelo biomédico medicalizador. Para tal, olhar para o entendimento que essa população tem do processo de adoecimento é imprescindível, para que as ações não sejam baseadas em nossas próprias concepções de existência, uma vez que não vivenciamos a situação de rua. Aguiar e Iriart (2012) trazem as significações associadas à saúde e à doença de pessoas vivendo em situação de rua na cidade de Salvador, onde a maioria dos envolvidos na pesquisa afirmaram estar em uma boa condição de saúde, apesar do relato de dores, ferimentos, gripes etc. A doença se demonstrou associada a um estado de impedimento de seguir trabalhando e batalhando por sobrevivência, quando a utilização máxima do corpo como forma subsistência acaba por refletir na naturalização de problemas de saúde que não interferem na capacidade de trabalho e locomoção, colocando a doença como um processo agudo responsável por trazer algum impedimento as atividades cotidianas (AGUIAR; IRIART, 2012).

Como resultado dessa ressignificação do processo de adoecimento, muitas das pessoas que vivem nas ruas acabam por internalizar, e até mesmo naturalizar seus sofrimentos, recorrendo aos serviços de saúde em último caso. Entretanto, é importante nos questionarmos como nossos serviços estão estruturados, e como nossos profissionais de saúde estão sendo formados. Os serviços de saúde permitem o acesso dessa população? Os profissionais de saúde estão preparados para recebê-la? Esses questionamentos se fazem necessários para que não sigamos culpabilizando duplamente essa população, uma vez que é comum os nossos discursos que responsabilizam essas pessoas por adoecerem e também por não procurarem ajuda quando doentes. É importante estarmos cientes de todo o arcabouço – do qual fazemos parte – que gera diversos impedimentos de acesso aos serviços de saúde. Não são incomuns as situações de atendimento precário à PSR tendo em vista a estigmatização que essa população sofre por conta de sua condição, já que podem se apresentar sujos, com mau cheiro, sob efeito de álcool e outras drogas, gerando situações de discriminação, hostilidade e negativa de atendimento, o que acarreta na desistência em obter o atendimento, e inclusive na não procura dos serviços, para evitar situações de constrangimento. Ademais, a própria organização institucional dificulta o acesso, já que existe uma extensa burocratização para a marcação de consultas, além dos horários de atendimento muitas vezes pouco compatíveis com a realidade dessa população (VARANDA; ADORNO, 2004; BARATA et al., 2015; HALLAIS; BARROS, 2015).

Ressalta-se então, a importância de trabalhos como dos CnaR, que buscam estabelecer um vínculo com a PSR, e promover uma prática de cuidado que considere a autonomia e a liberdade de escolha dos indivíduos, estimulando sua participação nesse processo e colocando o direito à saúde como ponto de partida para um cuidar que valorize a existência dessas pessoas. O movimento de ir ao encontro dessa população nos locais que utilizam como moradia, é romper com o olhar a distância e se aproximar desse modo de viver repleto de recusa e exclusão, é estabelecer relações mais próximas, com a mínima compreensão do que é viver na rua. Nessa perspectiva, o cuidado se inicia quando os profissionais de despem dos julgamentos e preconceitos, estando dispostos a conhecer as histórias que envolvem a situação de rua, promovendo um encontro aberto ao diálogo, e principalmente onde os sujeitos possam ser ouvidos, e não apenas receber prescrições de formas corretas de se viver e se cuidar (HALLAIS; BARROS, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Portanto, o CnaR apresenta diversas potencialidades, como o uso de ferramentas relacionais que permitem a aproximação com a PSR, com a criação de vínculo, relações de confiança e diálogo entre profissionais de saúde e os sujeitos nas ruas. Além do mais, é um equipamento que permite a produção de um cuidado com foco no usuário, com uma prática baseada na negociação, no diálogo e no reconhecimento do desejo dos indivíduos. Esse equipamento vem no sentido de facilitar a chegada dessa população aos serviços de saúde, porém é comum que a atenção à saúde da PSR fique sob total responsabilidade dos CnaR, com pouca articulação com o restante da Rede de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que os usuários encontram dificuldades de acessar os serviços de saúde quando não acompanhados pelas equipes de CnaR. Diante deste cenário, é importante ressaltar que a responsabilidade pela atenção à saúde da PSR é todos os profissionais de saúde do SUS, para que dessa forma se promova a autonomia dos indivíduos para transitar entre os serviços de saúde (BRASIL, 2012b; COUTO, 2016; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; SIMÕES et al., 2017).

Sabe-se que o modelo biomédico é predominante da produção de cuidado em saúde, o que se reflete nas próprias representações sociais do cuidado em saúde entre a PSR. Em vista disso, Silva et al. (2018) buscaram saber quais eram as palavras que pessoas em situação de rua associavam ao cuidar da saúde. O termo mais citado foi “médico”, colocado como o profissional que detém o conhecimento, e vai saber o que eles precisam; aparecem também as palavras “alimentação” e “higiene”, elementos que muitas vezes são de difícil acesso a essa população, assim como os termos “cuidar de si” e “prevenir-se”, remetendo-se a concepção de autocuidado e responsabilização pela própria saúde, conceitos que demonstram discursos baseados na

normatividade e na construção social da forma correta e errada de viver e cuidar da saúde. Ainda que menos frequente, a palavra “felicidade” também apareceu nesse trabalho, e que com toda a subjetividade que carrega, creio ser de extrema importância refletirmos sobre quais conceitos de felicidade essas pessoas carregam, que as fazem felizes, e inclusive, o que a rua promove para que alcancem a felicidade (SILVA et al., 2018).

Falar de saúde, e principalmente, do cuidado em saúde da PSR me traz diversos questionamentos e angústias, iniciando pelos motivos que fizeram com que essa questão não aparecesse durante a minha formação, até as dificuldades que enfrento em romper com um modelo de ensino em saúde que me coloca como detentor de um saber, e consequentemente me é permitido dizer o que é bom ou não para alguém. Como posso dizer o que é certo ou errado a alguém que vive nas ruas e que enfrenta diferentes situações de vulneração que eu não vivencio? Como posso me colocar na posição de prescritor de condutas sem ao menos conhecer a história de vida e a forma de existir no mundo dessas pessoas? É por notar esse imenso abismo entre a minha formação e esse contexto, somada as falas que obtive durante meu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, quando os profissionais de saúde relataram a falta de preparo que sentem em atender essa população, que me despertou a necessidade de trazer esse debate, reafirmando a necessidade de incorporar tal temática no ensino em saúde (COUTO, 2016).

Para vislumbrar uma formação em saúde que coloque em pauta a vidas das pessoas que vivem nas ruas, me apoio na PNPSR, a qual traz como um de seus objetivos a garantia de formação e capacitação de profissionais para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas à PSR, assim como os princípios da valorização e respeito à vida e cidadania, e o atendimento humanizado e universalizado, respeitando as condições sociais e as diferenças. (BRASIL, 2009b) Para que haja uma maior sensibilização com relação ao viver nas ruas durante o processo de ensino-aprendizagem, creio ser necessária a aproximação com as praças, viadutos e calçadas que ganham outras significações ao estarem repletos de objetos pessoais daqueles que habitam as ruas; ao transitar por esses espaços, é possível romper com a lógica do cuidado em saúde de forma estática, na qual os profissionais estão prontos para receber as pessoas em um estabelecimento e padronizá-los, ignorando as suas diferentes realidades. Repensar o cuidado nesse contexto, é estar aberto a olhar para as singularidades de cada ser humano, entrando em contato com situações que desestabilizam os protocolos de cuidado e ultrapassam a fronteira do desconhecido, mas que

permitem explorar as diferentes possibilidades de serem coproduzidas durante o encontro, no trabalho em ato (LONDERO; PAULON, 2018).

Nessa perspectiva, me aproximo da ideia de Merhy (2010), o qual fala na “produção de anômalos”. Os anômalos seriam aqueles trabalhadores que rompem com a lógica científicista, fragmentada e disciplinar que legitima os trabalhadores - detentores da ciência - a intervir sobre os outros. Ou seja, é fugir dos modelos hegemônicos de produção de cuidado colocados durante a formação em saúde para pensar o cuidado como um encontro, onde o outro não é apenas um objeto aguardando para ser manipulado, mas que é capaz de afetar o trabalhador com sua história, seus saberes e seu contexto. Para tanto, é necessário que antes de tudo os trabalhadores se coloquem em uma posição a serem afetados pela presença do outro, e assim sendo, construam práticas de cuidado levando em consideração a pluralidade do ser e do viver que esses encontros promovem.

Portanto, é preciso refletir sobre as possibilidades de produções terapêuticas não intencionais que esses encontros podem proporcionar, mesmo sem o uso de saberes tecnológicos, haja vista que esses encontros de produção de cuidado são atravessados por múltiplas subjetividades que não necessariamente podem ser capturadas pelo cuidado baseado em tecnologias leves e leve-duras¹, as quais podem produzir ações terapêuticas específicas e esperadas. Nesse sentido, pode-se refletir sobre como desaprender a seguir os protocolos e a dar as ordens instituídas durante a formação, ressignificando o que está colocado para possibilitar a construção de novos sentidos para o cuidado baseado no trabalho em ato, olhando para as diferentes possibilidades de ser e de viver, e como resultado desse outro olhar, se dê visibilidade produzindo um novo visível (MERHY, 2010).

4.2. CORPO E PRÁTICAS DE CUIDADO

4.2.1. Normatização dos corpos

Refletir acerca das práticas de cuidado que encontramos em execução nos dias atuais, exige que façamos um breve retorno à origem das ações de saúde focadas no corpo. O desenvolvimento do capitalismo no fim do século XVIII e início do século XIX trouxe a concepção do corpo como força de trabalho, e o controle das sociedades se iniciou pelos corpos,

¹ Para Emerson Elias Merhy, as tecnologias em saúde podem ser classificadas em:

- 1) Leves: tecnologias relacionais, como aquelas da produção do vínculo, acolhimento, autonomização;
- 2) Leve-duras: tecnologias-saberes, que são os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde;
- 3) Duras: são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais

colocando-os como uma realidade biopolítica sobre os quais devem ser definidos padrões de normalidade. Dessa forma, faço uso da obra de Foucault (1979) para refletir acerca das formas de se pensar o corpo e as ações de saúde durante o período de ascensão do capitalismo. O autor elucida sobre o surgimento de um movimento, também nomeado de “Medicina Social”, apresentado em três momentos:

1) Medicina de Estado:

Desenvolveu-se na Alemanha no início do século XVIII, quando o Estado busca formas de normalizar o exercício da medicina, supervisionar o funcionamento dos hospitais e promover a educação do povo em saúde. Surge então o conceito de “polícia médica”, onde o Estado implanta um sistema de controle de nascimentos, mortes, morbidade, da ocorrência de endemias e epidemias, além de também controlar a formação e exercício da medicina. Tal medicina que é marcada pelo máximo de estatização, onde o foco não é o corpo como força de trabalho, mas sim força estatal, a fim de reforçar o poder do Estado nos seus conflitos econômicos e políticos (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; FOUCAULT, 1979).

2) Medicina urbana:

Pode ser representada pelo exemplo da França no fim do século XVIII, quando durante o período de desenvolvimento das estruturas urbanas, surge uma população operária pobre - o proletariado - e aumenta as tensões políticas nas cidades. Aparece então, a necessidade de um poder capaz esquadriñar a população, e se faz uso de um modelo médico baseado naquele de quarentena, utilizado na Idade Média para combater a lepra, porém sem o cunho de exclusão, mas sim de internamento, análise minuciosa da cidade e higiene pública. Surge a noção de salubridade como uma base social capaz de assegurar uma melhor saúde aos indivíduos, e então, tem-se uma prática que busca analisar os espaços urbanos que possam provocar doenças, controlar a circulação do ar, da água e do esgoto; uma medicina das coisas (ar, água, decomposições), das condições de vida e do meio de existência (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; FOUCAULT, 1979).

3) Medicina da força de trabalho:

Tem surgimento na Inglaterra durante o século XIX, momento que ocorreu grande desenvolvimento industrial, e conseqüentemente a expansão do proletariado. É nesse momento que o pobre aparece como perigo, e com a criação da “Lei dos pobres” se busca um controle médico dessa população, que mediante uma assistência pautada no controle, se “auxilia” os

mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde e se garante a proteção das classes ricas dos fenômenos epidêmicos advindos da pobreza; forma-se um cordão sanitário nas cidades separando os ricos e pobres. Além dos serviços de assistência, foi organizado um serviço autoritário de controle médico da população, os chamados “*health services*”, que tinham como função o controle da vacinação, organização do registro das doenças e localização/destruição de locais insalubres. Tem-se uma medicina voltada ao controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, a fim de torná-las mais produtivas para o trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. Dos três modelos que deram origem à dita Medicina Social, o sistema inglês foi quem possibilitou associar a assistência médica ao pobre, uma medicina administrativa responsável por problemas gerais, como a vacinação, e uma medicina privada que beneficiava aqueles com maior poder de consumo (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; FOUCAULT, 1979).

A saúde aponta como atividade política, e o papel social do profissional de saúde adquire a função de controle. O objeto é o corpo, colocado como estrutura anátomo-fisiológica suscetível, e a prática é pautada em uma concepção do que é normal ou patológico. É importante pensar que a normalidade é construída sobre a própria vida, a qual é capaz de instituir normas e modificá-las, afinal o corpo é socialmente determinado e a normatividade social é marcada por concepções sociais sobre o corpo e o seu uso adequado. Para compreender o papel disciplinador dessa prática médica, é preciso ter claro que, na lógica do capital, o corpo é dito antes de tudo como agente de trabalho, sendo que esse trabalho é responsável por definir o lugar social dos sujeitos segundo a forma com que eles se incorporam à estrutura de produção social (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; FOUCAULT, 1979).

Nesse sentido, as ações de saúde são voltadas a manutenção de uma força de trabalho “saudável”, e o setor saúde exerce seu poder para determinar prescrições no que diz respeito às formas de existência e de comportamento; definem-se normas em relação aos hábitos, os cuidados com a higiene, limpeza, vestuário, alimentação, práticas sexuais etc. O objetivo é manter os corpos sadios, dado que boas condições de saúde favorecem o aumento da produtividade da classe trabalhadora; o cuidado em saúde é permeado pela necessidade econômica de reprodução dessa força de trabalho. Tem-se então, um mecanismo de medicalização representado pela assistência ao proletariado e a implementação de medidas de controle do ambiente e das doenças (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

4.2.2. O cuidado

A concepção sobre o cuidar de si se constitui como uma prática social que transita entre diferentes doutrinas, definindo formas de como se comportar e de como se viver. Com o avanço da Medicina Ocidental, se tornou o exercício de uma prática baseada na racionalidade biomédica, responsável por determinar atividades que constituem esse cuidar de si – exercícios físicos, dietas, atividade sexual, cuidados corporais – que acabam por reduzir o cuidado ao racionalismo individualizante e intervencionista. Ano após ano as ciências da saúde têm progredido cientificamente e ganhado sofisticadas tecnológicas; não podemos negar a importância desses progressos que são responsáveis por muitos avanços, como o aumento da eficácia e eficiência dos tratamentos e a melhora no prognóstico e qualidade de vida das pessoas. Entretanto, esse mesmo progresso tem promovido a fragmentação do conhecimento e segmentação dos pacientes, o intervencionismo excessivo, as iatrogenias e a negligência aos aspectos psicossociais do adoecimento (AYRES, 2004).

Frente a esse cenário, os sujeitos com suas diferentes necessidades de saúde, aparecem como alvos de nossas ações de saúde. Ainda que esses indivíduos sejam potenciais objetos de intervenção, é de extrema importância reconhecer qual a concepção de vida, saúde e doença que está em jogo, além de considerarmos qual projeto existencial e de felicidade que cada ser carrega consigo. É por esse motivo que trago a importância de fazermos a análise crítica-reflexiva sobre como o racionalismo tem permeado nossas práticas de saúde contemporâneas. Temos nos questionado quais são os projetos de vida que temos encontrado? Temos possibilitado a participação ativa dos sujeitos na construção do cuidado? Nossos encontros com as diferentes pessoas têm proporcionado um espaço de efetivo diálogo? (AYRES, 2004)

Pensar o efetivo diálogo nos remete a um espaço de troca, de escuta e acolhimento. Além do mais, é importante que esse diálogo considere as subjetividades envolvidas nele, onde os discursos levam em consideração as realidades e projetos de vida de todos os envolvidos. É importante refletirmos se há uma normatividade comum a todas as realidades, e se esse horizonte normativo é o mesmo entre os profissionais de saúde e as populações as quais as ações estão sendo dirigidas. Ao falar em cuidado, é necessário compreender que os sujeitos possuem suas individualidades e que o cuidar também envolve as possibilidades de conceber seus projetos de vida. Cuidar exige superar a lógica reducionista e estática de uma técnica direcionada à cura, ao tratamento e ao controle (AYRES, 2001).

Vivemos uma realidade da busca incessante pelo “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em

1948, que apesar de ter sido revolucionário para a época, hoje se torna ultrapassado, já que ignora a subjetividade que carrega. Faz-se importante nos questionarmos se esse estado é atingível, e o que se constitui como bem-estar para cada pessoa. Quando se coloca o bem-estar como um valor físico, mental e social, a saúde acaba por se vincular a tudo aquilo que em uma sociedade, em um determinado momento histórico, é tido como positivo, ou seja, que é reconhecido socialmente como produção de um bem-estar; do outro lado, se desqualifica tudo que aparece como perigoso, indesejado, ou que simplesmente é considerado socialmente ruim, e dessa forma, acredita-se que esse conceito pode legitimar estratégias de controle e exclusão. Neste caso, sugere-se pensar a saúde como um processo contínuo e de movimento, ligado diretamente às pessoas e não a determinações de saúde e doença rígidas pré-estabelecidas. Esse movimento é vivido por cada indivíduo na sua singularidade, e assim sendo, a dicotomia saúde e patologia ganha um caráter subjetivo, percebido por cada pessoa individualmente a partir de suas vivências (DEJOURS, 1986; CAPONI, 1997).

Na tentativa de me afastar de um discurso biomédico, busquei uma abordagem do cuidado com um olhar mais subjetivo e holístico. Boff (1999) faz uma reflexão que remete o cuidado a uma característica intrínseca do ser humano, é um modo-de-ser essencial que ultrapassa o cuidar como um ato, e o coloca como uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. O cuidado está presente em tudo, desde o nascimento até a morte, e sem ele o ser humano é incompleto, perde o sentido. Portanto, o cuidado não é um objeto independente, pois é algo vivido e estruturado em nós, ou seja, não temos cuidado, nós somos o cuidado. Na filologia da palavra, cuidado é tido como a expressão de preocupação, zelo, atenção, interesse, e surge quando a existência do outro tem importância para nós. Ele é um modo-de-ser no mundo, o modo-de-ser-cuidado, no qual se dá a relação sujeito-sujeito, e não sujeito-objeto, superando a ideia de domínio e abrindo espaço para a interação e convivência, que pensa a construção do mundo a partir de sentimentos, da capacidade de sentir simpatia e empatia.

Para olhar o cuidado em outra perspectiva, penso também ser válido refletir sobre a compreensão dos corpos para além da lógica de reprodução da força de trabalho. O corpo é subjetividade, uma vez que ao longo da vida é construído por diferentes experiências e memórias que se expressam e interagem com o meio onde vivemos e com outros seres. Todo corpo guarda inúmeras histórias, vivências, sentimentos e projetos, portanto, cada corpo é individual e único. Nesse sentido, cuidar do nosso corpo ganha uma dimensão ampliada, na qual é de extrema importância olhar para tudo aquilo que atravessa nossas vidas, todas as relações construídas, todos os vínculos existentes e rompidos (BOFF, 1999).

Ainda durante a busca por estudos que abordassem de forma reflexiva a questão do cuidado, me deparei com o trabalho de Ayres (2001) no qual ele sugere pensar o cuidado como um constructo filosófico baseado na obra de Martin Heidegger “Ser e Tempo”, fazendo o uso da fábula de Higino, que coincidentemente também havia sido base para trabalhar o cuidado na obra de Boff (1999). Diante da forte presença dessa narrativa nas minhas leituras, acho válido trazê-la para o este trabalho:

“Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de *humus* (terra) (HEIDEGGER, 2005).

A partir da análise da fábula, o autor fez a reflexão acerca de aspectos que surgiram durante a narrativa, e que atravessam o cuidado em saúde. Nesse sentido, pode-se compreender que o cuidado se dá a partir do **movimento**, uma vez que o encontro com a argila se dá quando o Cuidado anda pelo rio, assim como a própria construção de nossas identidades se dá no ato de viver e de movimento pelo mundo. A fábula é atravessada por **interações**, assim como é o cuidado em saúde, e é durante as interações entre os diferentes sujeitos que as **identidades** existenciais se estabelecem. Dessa forma, é na **alteridade** que o cuidado se dá, ou seja, é na presença do outro e na possibilidade de ser afetado pelo outro. Além do mais, o Ser da narrativa é formado por conta da **plasticidade** da argila, e dessa forma, o cuidado também exige a possibilidade de transformação daqueles que estão envolvidos. Porém, essa possibilidade de transformação, só é possível quando se tem um **projeto** e **desejo**, ou seja, é a partir da visualização das potencialidades dos indivíduos e do encontro desejante com eles que surge um projeto de cuidado (AYRES, 2001).

A **temporalidade** aparece como um aspecto a não ser esquecido, já que pensar o cuidado é levar em consideração o fluxo do tempo e das mudanças pelas quais os indivíduos passam e que são resultantes desse fluxo. Cada personagem apresentado na fábula, não pode ser colocado como condição necessária e suficiente para a existência do outro, já que suas existências são atravessadas pelos tantos outros fatores apresentados aqui. Assim sendo, o cuidado precisa ser visto a partir **não-causalidade**, no qual cada sujeito só ganha sentido na

totalidade, a qual depende de todos os envolvidos. Por fim, coloca-se a **responsabilidade**, uma vez que o cuidar não é apenas projetar, mas sim um projetar responsabilizando-se, é projetar porque se responsabiliza, assim como Saturno concede ao Cuidado a posse do Ser porque foi ele quem primeiro o formou, e então essa responsabilidade será sua enquanto se responsabilizar por ele (AYRES, 2001).

Diante do exposto, é importante refletirmos se as práticas de cuidado que temos executado estão considerando esses aspectos, assim como os diferentes sujeitos como seres capazes de transformar suas próprias histórias, uma vez que são essas pessoas que nos propomos a conhecer e atender as necessidades em saúde. É preciso superar as práticas que colocam os sujeitos como objetos das nossas intervenções automatizadas e desconectadas das realidades, ignorando a ipseidade dos sujeitos e nos afastando da possibilidade de um cuidado com poder de transformação. É importante termos consciência que as subjetividades não podem ser traduzidas e operadas como um conhecimento técnico, afinal o cuidado perpassa a relações intersubjetivas que são rodeadas por diferentes projetos existenciais e projetos de felicidade (AYRES, 2001, 2004).

4.3. ENSINO EM SAÚDE

4.3.1. Como temos pensado o processo ensino-aprendizagem

A construção de um trabalho que aborda a temática do ensino, é sem sombra de dúvidas um grande desafio para mim, pois apesar de sempre me sentir instigado a refletir sobre as maneiras ortodoxas de aprendizagem que estive submetido, nunca me vi corajoso o suficiente para falar sobre o assunto. Entretanto, cinco anos de graduação em Odontologia me trouxeram diferentes questionamentos e múltiplas frustrações que culminaram em um misto de sentimentos pelas salas de aula, laboratórios de procedimentos e clínicas. Precisei vivenciar essa confusão para aflorar os pensamentos, organizar as ideias e problematizar o que presenciei; e quando digo problematizar, penso em questionar a forma de ensino que está colocada, me remeto à formação altamente técnica e mecânica, ao distanciamento do contexto social e político, à lógica mercantilista que enxerga as diferentes condições de saúde como meio para gerar lucros exorbitantes, aos protocolos clínicos que esquecem a individualidade dos seres humanos e à falta de consideração com as diferentes histórias e vidas desse mundo.

Vivemos a realidade do ensino bancário, baseado em narrações estáticas e descoladas das realidades, que visam preencher de conteúdos os estudantes, cujo papel se restringe ao de mecanicamente guardá-los de alguma forma. Tem-se um ensino restrito à reprodução de

discursos, submetendo os sujeitos à disciplinarização, impondo a passividade, a adaptação ao mundo, sem criar possibilidades de transformação das realidades. Tal rigidez resulta numa formação que mantém o que Freire chama de “cultura do silêncio”; se produz um número cada vez maior de alienados, de pessoas que não questionam o que está colocado, aceitando a realidade como algo fatídico, sem possibilidade de ser repensada e alterada, sem a compreensão do conhecimento como um processo de busca e de diálogo (FREIRE, 1987).

O modelo de ensino em saúde reproduzido atualmente, apesar de ter passado por mudanças nos últimos anos, é reflexo de um padrão estruturado no fim do século XIX e início do século XX, quando a indústria farmacêutica estava em crescimento, e a corporação médica se ligou ao grande capital. Deste modo, a prática médica se consolida como dominante na área da saúde; a formação é fragmentada em especialidades, resultando no surgimento de profissionais especialistas, portadores de um grande arsenal de equipamentos e medicamentos com a promessa de curar as enfermidades dos indivíduos. (DA ROS, 2000) Nesse cenário, Abraham Flexner ganha reconhecimento com seus trabalhos que consideravam a maioria das escolas médicas dos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá desnecessárias ou inadequadas, uma vez que ele concebia o ensino em saúde como essencialmente focado na doença, sendo ela considerada um processo unicamente biológico, deixando de lado qualquer outro fator, como o social. A partir de 1910, com a publicação dos relatórios de Flexner, escolas de Medicina começaram a ser fechadas, sendo os alvos principais aquelas que abordavam a saúde pública, homeopatia, acupuntura, fitoterapia ou que aceitavam negros e mulheres. Portanto, se legitimou uma educação médica voltada às elites, aos considerados mais capazes e inteligentes (DA ROS, 2006; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Tem-se então, uma formação baseada na unicausalidade do processo saúde-doença, fortalecendo a racionalidade biomédica que impõe como conhecimento seguro apenas o científico. Flexner pautava que um currículo com grande semelhança aos que vemos atualmente, dividido em dois momentos: um primeiro ciclo considerado básico, a ser realizado em laboratórios na universidade com disciplinas de anatomia, fisiologia e patologia; e um segundo ciclo clínico, realizado nos hospitais, pois acreditava que o aprendizado se dava através das atividades práticas em laboratórios e clínicas. Por volta de 1940 se iniciou a introdução do modelo flexneriano no ensino em saúde brasileiro, sendo a saúde colocada como ausência de doença, e o exercício do profissional de saúde apoiado no intervencionismo sobre os corpos. Neste cenário, houve uma expansão da educação superior na área da saúde, seguindo o modelo médico e hospitalocêntrico de ensino, pautado no conhecimento científico como única verdade

(DA ROS; VIEIRA; CUTOLO, 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Esse cenário é responsável por manter as estruturas de poder. Falo a partir da minha experiência enquanto estudante, na qual vivenciei as salas de aula abarrotadas de alunos exaustos das extensas cargas horárias, submetidos a um regime disciplinador onde os professores – detentores do saber – despejam seu conhecimento cientificamente comprovado, por horas a fio sem espaço para a discussão do que está sendo colocado, afinal, quem ousaria questioná-los? A reprodução dessa estrutura de poder é nitidamente vista nas nossas “práticas de cuidado”; o sistema no qual professor é o detentor do conhecimento e os alunos estão aguardando para serem educados se reflete na atuação dos profissionais de saúde, quando eles são as autoridades aptas a prescrever as formas corretas de existir no mundo, e os sujeitos – doentes – devem obedecer; práticas baseadas no certo e errado, no qual o certo é o que eu falo, e o errado é a forma como o outro se comporta. O adoecer na maioria das vezes é culpa daquele que não se comportou “direito”; os sujeitos apresentam lesões de cárie porque não escovaram os dentes três vezes ao dia, não usaram o fio dental e têm uma dieta rica em carboidratos, ou seja, porque não cuidaram da sua saúde bucal; estão com sobrepeso porque não comem corretamente e não fazem exercícios físicos, ou seja, porque não cuidaram dos seus corpos adequadamente. Os profissionais de saúde detêm o saber; eles falam e os pacientes obedecem.

Quando exponho essa reprodução de uma prática pautada na culpa do outro, não falo de uma posição fora desse contexto; me coloco nesse mesmo barco, afinal vejo essas atitudes na minha prática diária, onde em diversos momentos me pego executando automaticamente todos os julgamentos possíveis, e a reflexão (quando) surge, é tarde demais. Por esse motivo, vejo a urgente necessidade de repensarmos como estamos formando os profissionais de saúde, para que tais atitudes deixem de ser regra. Infelizmente não descobri a fórmula mágica para mudar essa lógica bancária do ensino, ainda hegemônica, mas penso ser possível iniciar por pequenas mudanças na estrutura, que estimulem o pensar e que pouco a pouco vá fazendo com que o conhecimento deixe de ser apenas transferido, mas que seja construído em conjunto, no contato e no ato.

A universidade nos dias atuais, submetida a uma realidade neoliberal, tem sido responsável por expressar o individualismo, a lógica do produtivismo e do consumo, sem promover um efetivo desenvolvimento e progresso da sociedade. Para falar em ensino, é importante compreendermos a educação para além da qualificação técnica, retirando seu caráter

meramente institucional e instrucional. Assim, iniciamos a vislumbrar um ensino que busque a construção de sujeitos ético-políticos, conscientes do momento e do espaço social em que estão inseridos, se percebendo como habitantes de um universo coletivo. Deste modo, se faz necessário um ensino que seja sensível as condições históricas e sociais dos diversos sujeitos, e que estimule a tomada de consciência frente às estruturas de poder, as forças de opressão e alienação existentes, para que a partir disso, se proporcione uma educação que promova a inclusão e incite a transformação (SEVERINO, 2002) (SEVERINO, 2006).

Acredito que para que seja possível pensar em alternativas, é importante fazer um breve resgate dos movimentos que aconteceram no Brasil na tentativa de repensar o modelo positivista hegemônico de ensino e produção da saúde, pois apesar de ainda vivenciarmos um ensino bastante baseado nesse modelo, tivemos muitos enfrentamentos e conquistas nas últimas décadas. Podemos iniciar pela década de 1970, quando em meio a ditadura militar, se fortalece um movimento de oposição ao complexo médico-industrial, o MRSB, formado por diferentes grupos e movimentos sociais. Também se inicia a introdução da educação popular como projeto de cidadania, na tentativa de aproximar o processo de aprendizagem dos contextos culturais locais. Nesse mesmo período, surgem as primeiras residências multiprofissionais em saúde comunitária, promovendo a aproximação com os contextos locais das populações e pautando a construção de um sistema de saúde baseado nos interesses da população (CARVALHO; CECCIM, 2006; DA ROS, 2006).

A década de 1980 é marcada por posicionamentos críticos aos modelos existentes de formação de profissionais e de assistência à saúde, sendo nesse momento pensado formas de promover a integração ensino-serviço para além da aprendizagem em hospitais, mas que valorizasse as UBS e pautasse o princípio da integralidade. Nesse mesmo período, a rede de Integração Docente-Assistencial teve grande importância ao demonstrar a possibilidade de interseção entre ensino e serviço, colocando a rede de saúde como uma rede-escola, integrando formação e trabalho e estimulando projetos interprofissionais, com a expansão de programas de residência em todas as áreas profissionais em saúde. Do ponto de vista das Ações Integradas em Saúde, a década de 80 foi marcada por grandes marcos, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Constituição Cidadã e a criação do SUS (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Em 1992, o projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) propõe mudanças no processo de formação profissional em saúde,

divulgando o ideário da reforma sanitária, e baseando-se na interdisciplinaridade como forma de enfrentar os problemas existentes em uma realidade complexa, onde os estudantes entrariam em contato com essas realidades e os serviços de saúde, buscando criar relações mais humanas e responsáveis com a população, a fim de fortalecer a cidadania e a participação popular em saúde. Nessa mesma década, houve a reunião dos projetos de integração ensino-serviço-comunidade (projetos UNI) e dos projetos de integração docente-assistencial (projetos IDA), resultando na estruturação da Rede UNI-IDA, posteriormente denominada Rede Unida, e na formulação de uma teoria para mudança no ensino em saúde, pensando na necessidade de instituir a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, a participação popular no processo de mudança e a ampliação da interação com o sistema de saúde (FEUERWERKER; SENA, 2002; CARVALHO; CECCIM, 2006).

Como Da Ros (2006) coloca, tudo apontava para a necessidade de mudança na formação de saúde, a fim de romper com a visão flexneriana de ensino, para que fosse possível avançar no processo de formação e produção de saúde em consonância com o MRSB. Em 2001, o movimento sanitário através de entidades como a Rede Unida, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e ABRASCO, se articulou ao Ministério da Saúde (MS) para pressionar o Ministério da Educação (MEC) a aprovar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, na perspectiva de reorganizá-los a fim de formar profissionais críticos, reflexivos, humanistas e de alta resolutividade, para atuar no SUS. No ano seguinte se conseguiu o financiamento para as especializações e residências em Saúde da Família, e foi lançado o Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED), responsável por financiar 19 projetos para a implementação das DCNs, mas que foi combatido pelas demais profissões de saúde por ser uma formulação uniprofissional. Em 2003, com a mudança de governo, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) que fez a união entre os departamentos de gestão do trabalho e da educação em saúde (organizada nas dimensões de educação popular, educação técnica e educação superior), a qual tem como objetivo integrar os setores de saúde e educação a fim de fortalecer as instituições formadoras de profissionais da saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

No ano seguinte, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004) com o objetivo de fortalecer a formação e desenvolver trabalhadores para o SUS, se apoiando na escuta da população e dos serviços, na democratização das decisões e em atividades interdisciplinares e interinstitucionais. Nesse momento, o SUS passou a ser

prioridade do governo federal, tendo sido criado o Humaniza-SUS, o Aprender-SUS e o Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS).

Em 2005 surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), similar ao PROMED só que com ampliação para os cursos de Enfermagem e Odontologia. O PRÓ-SAÚDE tem como objetivo “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença”, pensando numa formação em consonância com as necessidades sociais, levando em consideração as dimensões sociais, econômicas e culturais das populações. Também se ampliou a articulação com o MEC, sendo legalizadas e reconhecidas formalmente as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, visualizando uma expansão delas em conjunto com as Residências em Medicina da Família e Comunidade. (DA ROS, 2006; BRASIL, 2007a) Em 2007, por meio da Portaria Interministerial 3.109 (BRASIL, 2007b), o PRÓ-SAÚDE foi ampliado para todas as demais profissões da área da saúde. No ano seguinte, foi lançado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) para estimular a formação de profissionais com espírito crítico e de cidadania, reconhecendo o papel social do ensino em saúde (BRASIL, 2008).

Apesar de todos os esforços acima descritos, continuamos distantes de um ensino em saúde que permita o contato com os conflitos sociais de forma sensível, afinal os currículos não abordam as diversidades sociais e culturais. Tem sido naturalizado o enorme distanciamento entre o campo da saúde e o das ciências sociais, antropologia, sociologia e filosofia, tendo como foco apenas a área biológica, deixando de lado a discussão de temas e questões que atravessam a prática dos profissionais de saúde cotidianamente. Seguimos tendo como eixo formador a lógica do padrão e da norma, sem reconhecer as diversidades, uma vez que assuntos como desigualdades sociais, racismo, segregações, questões de gênero e sexualidade, discriminações, entre outras, não têm sido debatidas durante a formação em saúde, apesar de serem pautas transversais a essa formação (CHAVES; RATTO, 2018).

Acredito que como ponto de partida para uma reflexão, devemos olhar para o mundo e a sociedade conscientes da inexistência de sábios absolutos e de ignorantes absolutos. Estamos todos nesse mundo na busca por crescimento, e, portanto, somos tão “homens” quanto os demais, e é nessa perspectiva de reconhecer-se tão humano quanto o outro que a educação em saúde precisa ser pautada, afinal ninguém é autossuficiente e detentor de uma verdade absoluta. É nessa posição de humildade que o poder de transformação surge, pois é a partir dessa

horizontalização das relações que o diálogo aparece, sendo ele o encontro entre as diferentes pessoas, no qual elas reafirmam sua existência através da troca de reflexões sobre a vida e o mundo, compartilhando possibilidades de transformação. E é por compreender o cuidado como uma construção conjunta, que vejo a necessidade de que o ensino em saúde seja norteado pelo diálogo e pela troca (FREIRE, 1987).

4.3.2. A Extensão Universitária (EU)

O conhecimento que vem sendo produzido nas universidades tem em sua grande maioria se demonstrado descolado das realidades das sociedades, deixando escancarada a distinção entre o conhecimento científico – produzido no âmbito acadêmico – e o conhecimento popular, sendo essa mesma relação de distanciamento existente entre a universidade e a sociedade. Contrariando o conhecimento universitário hegemônico, fala-se no conhecimento pluriversitário, o qual tem como princípio orientador a aplicação extramuros que pode ser dada e ele, sendo então um conhecimento transdisciplinar, contextualizado com as realidades e que promove o diálogo com outros tipos de conhecimento. Nesse sentido, a sociedade deixa de ser meramente objeto das pesquisas, mas se coloca de forma ativa, questionadora e orientadora do que vem sendo produzido, passando a exigir da universidade uma maior responsabilização social, além de substituir a unilateralidade existente pela interatividade entre universidade e sociedade (SANTOS, 2010).

Santos (2010) fala sobre algumas ideias para uma reforma democrática e emancipatória da universidade, e cita as atividades de extensão como peça chave para a “construção da coesão social, no aprofundamento da democracia, na luta contra a exclusão social e degradação ambiental, e na diversidade cultural”, sendo orientada pela resolução de problemas de exclusão e discriminação sociais, dando voz aos grupos excluídos e discriminados. A EU, levando em consideração a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, pode ser definida como: “um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade”, sendo orientada pelas diretrizes da interação dialógica, interdisciplinaridade e interprofissionalidade, indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, impacto na formação e o impacto e transformação social (FORPROEX, 2012).

Acredito que para pensarmos a função da EU, é importante trazer um rápido resgate histórico de sua origem. Afirma-se que o papel social da universidade brasileira vem sendo pautado a partir dos discentes, mais especificamente pelo Movimento Estudantil, sendo a partir

dele que a EU se originou. A organização estudantil se deu desde o período do Brasil Colônia, no qual as primeiras atividades de EU apareceram através da participação estudantil nos movimentos políticos da época, onde se preocupavam com o compromisso com a sociedade, e apesar da pouca organização estrutural, realizavam ações esporádicas, de cunho político e voltadas para os interesses nacionais. Em um segundo momento, no período entre o Estado Novo e o Golpe de 1964, ocorre a consolidação do Movimento Estudantil e a efetivação da União Nacional dos Estudantes (UNE); a extensão era compreendida como forma de utilizar as potencialidades da universidade para se aproximar da sociedade, reforçando seu envolvimento político-social. Nessa época surgem quatro atividades caracterizadas como EU: o Serviço de Extensão Cultural (SEC), o Movimentos de Cultura Popular (MCP), o Centro Popular de Cultura (CPC) e a Universidade-Volante (UNE-Volante) (SOUSA, 2000).

O terceiro período a ser destacado se inicia com o Golpe de 1964, quando o prédio da UNE foi incendiado e os documentos do CPC destruídos. Em substituição à UNE, o Estado criou o Diretório Nacional dos Estudantes (DCE), porém a UNE se manteve ativa de forma clandestina, atuando politicamente e pautando a reforma universitária em meio a toda a repressão do período. A reforma foi instituída por meio da Lei 5.540/68, e a extensão passou a ser institucionalizada, e o que era uma bandeira de luta do Movimento Estudantil, passou a ser uma atividade determinada pelo Estado, com um caráter fortemente assistencialista. Durante o período da ditadura militar, as perseguições dificultavam a organização estudantil, até que em 1977, a UNE reaparece em uma manifestação contra o governo militar, e é reativada em 1979. Essa entidade vem desde então buscando se reestruturar politicamente, lutando contra os domínios políticos que tentam apropriá-la. Nesse contexto, a organização da EU se torna um instrumento do Estado para afastar os estudantes das questões políticas e de suas reivindicações, portanto, se faz necessário discutir o papel da extensão nesse momento, para que ela seja capaz de impulsionar o envolvimento político, social e cultural da universidade com a sociedade (SOUSA, 2000).

Ainda no sentido de refletir sobre o papel da EU, faz-se importante trazer a visão de Paulo Freire sobre a extensão. Em sua obra “Extensão ou Comunicação?”, Freire questiona o significado do termo extensão, o qual carrega um caráter mecânico, estando ligado a transmissão, entrega, doação, manipulação e a substituição de uma forma de conhecimento por outra. Nesse sentido, a extensão se demonstra como uma estrutura rígida, a qual promove uma “invasão cultural”, onde o invasor pensa sobre os sujeitos, mas nunca com eles; ou seja, o invasor prescreve e o invadido recebe a prescrição, o que cria uma relação vertical entre aqueles

que sabem tudo e aqueles que não sabem nada, negando os sujeitos como seres que têm conhecimentos, mesmo que em níveis diferentes, e rejeitando-os como potenciais transformadores do mundo. Fala-se então na importância do diálogo, no qual os sujeitos não têm sua capacidade de reflexão subestimada, afinal o mundo humano é um mundo baseado na comunicação, e o conhecimento é construído a partir da comunicabilidade. Portanto, é necessário compreender a EU não apenas como uma forma de estender um conhecimento técnico, ou como forma de persuasão dos sujeitos, mas como um instrumento para estimular a intercomunicação entre os diferentes conhecimentos e indivíduos, onde seja possível a coparticipação de diferentes sujeitos no ato de pensar sobre determinado assunto, não havendo um “penso”, mas sim um “pensamos” (FREIRE, 1983).

Nessa perspectiva, é possível pensar a universidade e o seu papel de apoio na mudança social, auxiliando as diferentes camadas da sociedade na construção do senso crítico, deixando de lado a concepção da extensão como instrumento responsável por levar o conhecimento aos sujeitos. A EU pode ser um espaço de ligação, que possibilita a troca de conhecimentos entre os envolvidos, onde a universidade aprende com o conhecimento popular e auxilia os diferentes sujeitos na construção do olhar crítico diante das múltiplas realidades. Dessa maneira, a extensão deixa de se voltar apenas para fora universidade, mas também para dentro dela, vislumbrando a construção de um projeto político-pedagógico capaz de estimular o senso crítico-reflexivo e transformador. A EU pensada a partir da comunicação entre a universidade e a sociedade possibilita uma relação de troca de saberes, se tornando um instrumento importante para a mudança social na busca de uma sociedade mais justa e igualitária (GURGEL, 1984).

Ao pesquisar trabalhos que abordem a EU, é comum encontrar experiências bastante positivas, situando-a como forma de estimular a sensibilidade dos estudantes e o rompimento com a passividade imposta pelo ensino cartesiano, uma vez que ela coloca em pauta o diálogo, no qual os estudantes aprendem a ouvir e não apenas reproduzir discursos, sendo possível compreender o outro e aprender com a sua presença. Reforçam o papel no estímulo à reflexão crítica, por ser um espaço questionador, onde surgem os confrontos entre a teoria e a prática, assim como de vivência de novas práticas, contribuindo para a renovação no campo do pensar e do agir. No âmbito do ensino em saúde, a extensão representa a possibilidade de transcender a formação fortemente biológica e técnica, possibilitando a reflexão sobre a complexidade do processo saúde-doença-cuidado (FREITAS et al., 2013; SILVA; RIBEIRO; JÚNIOR, 2013; MARTINS et al., 2016).

Em um contexto no qual a extensão é pouco valorizada dentro do tripé ensino-pesquisa-extensão, fala-se na sua curricularização. Consta no Plano Nacional de Educação (PNE) a estratégia de “assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de EU, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social;” (BRASIL, 2014a), abrindo a discussão para que o princípio da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão realmente saia do papel e seja colocado em prática. Com o escasso número de alunos envolvidos em atividades de extensão, Ribeiro, Mendes e Silva trazem um percentual de 3,34% alunos/ano na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), a curricularização da extensão cria espaço para se envolver 100% dos universitários nessas atividades (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Porém, é necessário nos questionarmos sobre quais são essas atividades, uma vez que a extensão está frequentemente colocada como instrumento de legitimação do conhecimento científico hegemônico e focada na prestação de serviços assistencialistas. Faz-se importante reforçar o papel da EU como uma forma de superar o ensino disciplinar, responsável por abrir espaço para o diálogo com a pluralidade humana, fomentando a reflexão, a criticidade, a interdisciplinaridade e as práticas emancipatórias. Portanto, é importante que pautemos a curricularização de uma extensão com protagonismo estudantil, interprofissional, inter e transdisciplinar, capaz de construir espaços dialógicos com a sociedade, e dessa forma, permitindo que todos os estudantes tenham acesso a uma formação crítica-reflexiva, conectada com realidades e situações concretas, estimulando a universidade a repensar seus currículos, projetos políticos-pedagógicos e a si própria (IMPERATORE; PEDDE; IMPERATORE, 2015; GADOTTI, 2017; RIBEIRO et al., 2018).

Trago aqui a experiência do projeto de extensão Periferia dos Sonhos da UNIFESP, que busca ultrapassar a ação extensionista focada na prestação de serviços, tendo como desejo a aproximação e convivência com a PSR, para que dessa forma, os envolvidos desenvolvam uma visão crítica frente às desigualdades sociais. O projeto tem como objetivo criar espaços de convivência social e o desenvolvimento de ações de educação e comunicação em saúde, sendo fundamentado na abordagem pedagógica de Paulo Freire e na Educação Popular, sendo ancorado no diálogo entre os sujeitos. Com essa experiência, foi relatada a ressignificação de conceitos e preconceitos com relação à PSR, com a mudança de olhar frente à essa realidade, trazendo maior visibilidade a essa população. Os alunos envolvidos no projeto o veem como

uma experiência que agrega valor à formação, cumprindo sua função de estimular o pensamento crítico quanto ao seu papel social (SANTOS et al., 2012; ROCHA et al., 2016).

Ainda, considero importante citar a minha própria experiência enquanto aluno de um programa de extensão, afinal foi dessa vivência que tive contato com temáticas que não eram contempladas pela minha grade curricular da graduação, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e inclusive a PSR. Portanto, acredito na EU como um espaço formativo que promove trocas, relações e reflexões críticas frente às demandas sociais, sendo responsável por auxiliar na formação de profissionais que venham a ser protagonistas de transformações sociais. Vale ressaltar o exposto pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão (FORPROEX) na Carta de São Bernardo do Campo de 2016, onde reforçam o caráter de formação política e social da extensão, ao defenderem a democracia e se posicionarem contrários a todos os atos que relativizam os direitos fundamentais e conquistas sociais, e defendendo a “manutenção e ampliação das ações de extensão que valorizam e apoiam as afirmações das identidades raciais, sociais, de gênero e de território das populações vulneráveis” (FORPROEX, 2016).

4.3.3. Pensando possibilidades

Ao chegar a esse ponto do trabalho, busco pensar em possibilidades para construir um ensino em saúde que não se restrinja exclusivamente ao conhecimento técnico e científico, mas que tenha capacidade de dar espaço para a formação de sujeitos pensantes, estimulando a criatividade, as práticas interprofissionais e interdisciplinares, com reconhecimento das diferentes realidades, assim como da responsabilidade social que essa formação carrega. É válido apontar a importância da Saúde Coletiva, uma vez que tanto na área da produção de conhecimento, quanto na organização dos sistemas de saúde, é responsável por historicamente pressionar o ensino predominante na área da saúde, sendo um movimento que propõe a aproximação entre a área da saúde das ciências sociais (CARVALHO; CECCIM, 2006).

No sentido de pensar possibilidades, creio ser válido refletir criticamente sobre as ações de educação em saúde, muitas vezes ligadas a uma concepção positivista e reduzida, na qual as práticas são prescritivas e impositivas, sem levar em consideração as diferentes realidades sociais, resultando em ações intervencionistas, preconceituosas, coercitivas e até mesmo punitivas. Confrontando esse olhar, na década de 1950 intelectuais latino-americanos buscaram se aproximar das classes populares, e descobriram que esses indivíduos não eram uma massa de passivos e resistentes a mudanças, mas que eram pessoas com um saber bastante rico que as permitiam viver com alegria mesmo diante de situações adversas, e frente a esse cenário, os

intelectuais enxergaram a possibilidade de colocar seus saberes e trabalhos a serviço das iniciativas populares para o enfrentamento de problemas. Surgiu então, a Educação Popular, muitas vezes associada ao pensador Paulo Freire por ter sido o primeiro a sistematizar teoricamente e difundir-la mundialmente (BRASIL, 2007c).

A Educação Popular em Saúde visa estimular a autonomia dos sujeitos, utilizando-se da problematização da realidade para estimular os movimentos de luta por direitos de cidadania e transformações nas vidas e cotidianos. As ações de educação popular em saúde buscam promover a reflexão crítica, o diálogo e a construção conjunta do conhecimento, promovendo o encontro entre o saber popular e o científico, além de contribuir para a formação de profissionais de saúde comprometidos com as questões sociais, engajados nas lutas por direitos. Em 2013 foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), a qual é uma proposta de prática político-pedagógica construída a partir do diálogo entre os diferentes saberes, valorizando os saberes populares, orientada pelos princípios do diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada de conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2007c, 2013).

Falando em diálogo, Paulo Freire fez uso dos Círculos de Cultura, os quais eram compostos por trabalhadores populares e educadores que se reuniam para debater assuntos de seus interesses. A primeira experiência aconteceu em Recife com um grupo de cinco homens analfabetos e egressos de zona rural. Surgiram na perspectiva da alfabetização de adultos, porém sem que ela fosse o objetivo principal, uma vez que se visava contribuir para que os sujeitos se percebessem como seres humanos detentores de histórias e culturas, contribuindo para uma educação emancipatória. Os Círculos de Cultura eram estruturados com um coordenador de debates - no lugar do professor - e os participantes do grupo, no qual ao invés de uma aula discursiva, era impulsionado o diálogo. No diálogo circular, todos em conjunto e em colaboração refletem sobre o mundo, problematizam-no e o reconstróem, e dessa forma, os Círculos de Cultura estimulam as pessoas a compreenderem sua realidade por meio da troca de experiências, apostando na força criadora do diálogo em um processo de educação coletiva (FREIRE, 1999; BRASIL, 2014b).

Os Círculos de Cultura promovem a ação e reflexão dos envolvidos acerca de situações existenciais, abordando temas como saúde, educação, cidadania, entre outros. (HEIDEMANN,

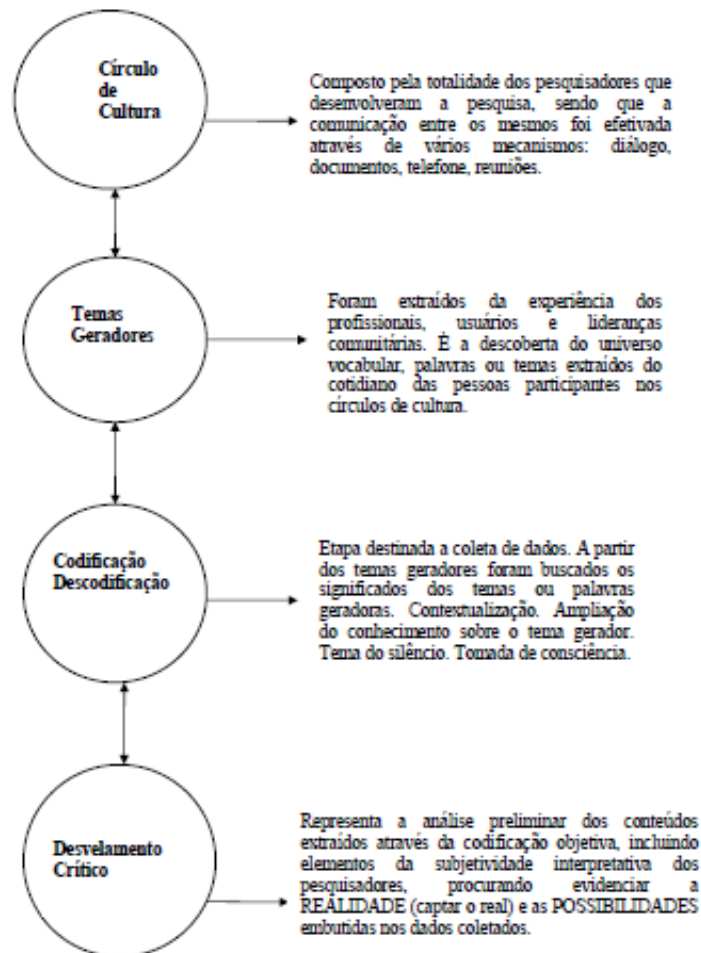
2006) No âmbito da saúde, eles podem ser didaticamente estruturados da seguinte forma, de acordo com Heidemann (2006) e baseado no proposto por Freire (1999):

1) Investigação temática: busca-se os principais temas da realidade dos envolvidos, os quais vão constituir os temas geradores. Essa etapa promove a reflexão dos indivíduos acerca da realidade e de suas atuações sobre ela, a fim de reconhecer suas visões de mundo. Os temas geradores são amplos e se referem à realidade dos educandos problematizada nos diálogos entre os participantes do círculo, onde se revelam esperanças, anseios e frustrações.

2) Codificação e descodificação: nesse momento, os temas são problematizados, contextualizados e olhados a partir de uma visão crítica e social. As codificações representam situações existenciais que oferecem diferentes possibilidades de análises, ou seja, são situações-problemas que guardam elementos a serem descodificados durante o debate. A descodificação se refere a análise das situações vividas, quando os envolvidos exteriorizam suas visões de mundo e através do diálogo fazem reflexões sobre suas ações, evidenciando a necessidade de pensar ações concretas para superar as situações-limites, e deste modo, os sujeitos se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo.

3) Desvelamento crítico: essa fase compreende o processo de ação-reflexão-ação, na qual os sujeitos tomam consciência da situação existencial compartilhada, veem os limites e possibilidades, e evidenciam a necessidade de uma ação concreta, de cunho cultural, política e social para transformação dos problemas vivenciados. Portanto, toma-se consciência da realidade vivida e a partir da reflexão coletiva, a realidade passa a ser vista como passível de transformação.

Figura 1. – Esquema do itinerário de pesquisa de Paulo Freire



Fonte: Heidemann (2006)

Freire (1987) coloca a prática problematizadora como forma de estimular a criticidade dos indivíduos em relação ao mundo e suas relações com ele, assim como a compreensão da realidade não mais de forma estática, mas em processo de transformação. A educação problematizadora se realiza como prática de libertação, uma vez que tem caráter autenticamente reflexivo, partindo do pressuposto do caráter histórico dos indivíduos, reconhecendo-os como seres inconclusos em uma realidade histórica inacabada, estimulando que tenham consciência de sua inconclusão. Portanto, a educação se constitui como um processo permanente e contínuo diante da inconclusão dos sujeitos e do constante devir da realidade.

Com base na pedagogia problematizadora/libertadora de Freire, sugeriu-se a Metodologia da Problematização (MP) como caminho para promover uma educação problematizadora. A MP é um método de ensino, estudo e trabalho passível de utilização quando os temas a serem trabalhados estão relacionados com a vida em sociedade. Tal metodologia coloca a realidade como ponto de partida e de chegada do processo de ensino-aprendizagem, estimulando a cadeia de ação-reflexão-ação, correlacionando a teoria e a prática. A MP é caracterizada por um esquema de trabalho construído por Charles Maguerez para formação de adultos analfabetos, o Arco de Maguerez, o qual veio a público no livro Estratégias de ensino-aprendizagem (BORDENAVE; PEREIRA, 2004) e foi utilizado por Berbel (1999) para aplicar a MP.

Por intermédio da MP, os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem são levados a observar a realidade onde estão inseridos de forma atenta, passando a identificar o que aparece como problemático, carente, preocupante, necessário. Assim, os indivíduos são levados a problematizar a realidade, e a partir de seus olhares atentos e críticos identificam o que precisa ser trabalhado. (BERBEL, 1999) A utilização do Arco de Maguerez proposta por Berbel se dá em cinco etapas, descritas a seguir:

1) Observação da realidade: o primeiro passo é a observação da realidade social e concreta, quando se identificam as falhas, dificuldades, contradições, discrepâncias que podem se configurar como problemas. Nesse momento, os envolvidos conseguem problematizar a realidade a partir da aproximação com ela e fazendo uso dos conhecimentos que já possuem. Estimula-se a postura crítica frente à realidade, assim como o envolvimento intelectual e político com ela (BERBEL, 1998, 1999; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

2) Determinação dos pontos-chaves: com o problema formulado, é realizada a reflexão acerca de quais fatores estão relacionados ao problema, ou seja, se questiona por que o problema existe e por que os fatores associados geram esse problema, aprofundando dessa forma a busca pelas razões da sua existência, com os conhecimentos que se têm nesse momento inicial. Dessa forma, é possível perceber que os problemas de ordem social (saúde, educação, cultura, relações sociais, etc) são complexos e multideterminados, o que exige um estudo mais atento, crítico e abrangente do problema. Nesse momento, são listados tópicos a serem estudados a fim de compreender o problema mais profundamente e encontrar formas de intervir na realidade e solucioná-lo (BERBEL, 1998, 1999; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

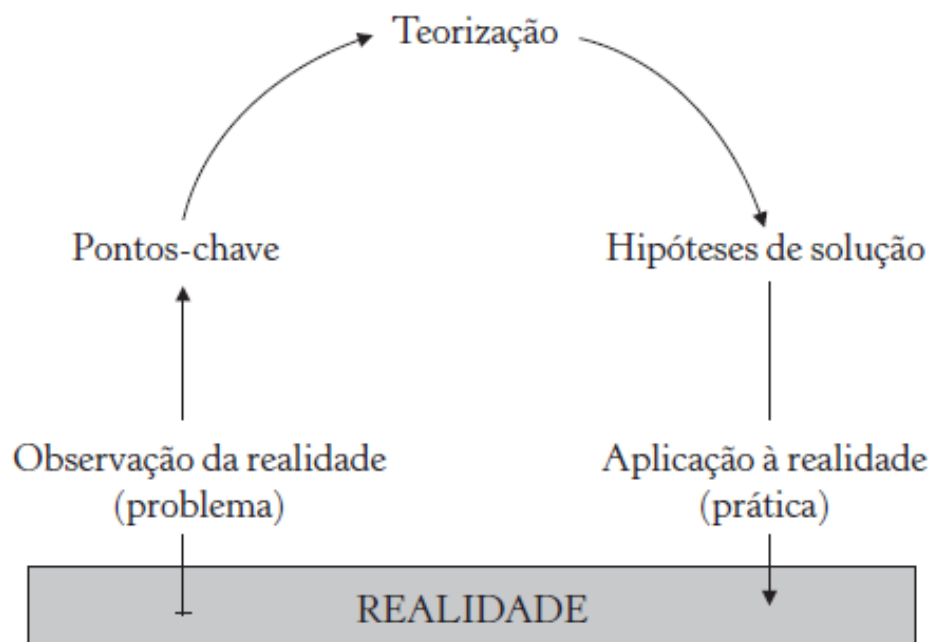
3) Teorização: momento de busca por conhecimento e informações sobre o problema, utilizando diferentes fontes e estratégias. Os envolvidos organizam, analisam e

avaliam as informações adquiridas, e a partir do aprofundamento, compartilhamento e discussão se verificam quais informações podem auxiliar na resolução do problema. Essa etapa proporciona o aprofundamento e reflexão, sendo possível rever suas posições, tomando uma maior consciência sobre o problema e de sua influência sobre o meio social (BERBEL, 1998, 1999; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

4) Hipótese de solução: a partir do estudo realizado, os envolvidos terão elementos para, crítica e criativamente, pensar em possíveis soluções para o problema. Nesse momento, se estimula o poder criativo para superar os conhecimentos e ações já realizadas, a fim de promover alguma mudança naquela parcela da realidade de onde se extraiu o problema (BERBEL, 1998, 1999; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

5) Aplicação à realidade: etapa que ultrapassa o exercício intelectual, uma vez que implica em colocar em prática as propostas de soluções mais viáveis para o problema. É um momento de planejamento e execução de ações que possam transformar de alguma forma a realidade, acrescentando o componente social e político à formação. Dessa forma, os envolvidos percebem-se como sujeitos ativos exercendo sua cidadania, com consciência de sua capacidade e compromisso com a transformação da realidade (BERBEL, 1998, 1999; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

Figura 2. – Arco de Maguerez



A partir do exposto até aqui, acredito ser possível refletir sobre o ensino em saúde que vem sendo reproduzido na atualidade. O resgate de movimentos importantes que se constituíram nos últimos anos, assim como de propostas de mudanças no processo de ensino-aprendizagem, possibilita o pensar em novas atitudes para transformar a formação em saúde que temos vivenciado. Pensando no público alvo de meu trabalho, a PSR, me aproximo do que Chaves e Ratto (2018) chamam de “pedagogia da vulnerabilidade”, a qual busca um afastamento das normas que nos fazem ser sensíveis apenas ao que é visível, e coloca em contato com a diversidade, com populações invisibilizadas no nosso cotidiano, para que seja possível olhar para as diferentes formas de viver, a fim de despertar e exacerbar o potencial criativo daqueles que se propõe a cuidar. Ao olhar para além da padronização dos processos e procedimentos, tendo em vista a multiplicidade de realidades existentes, surge a possibilidade de singularização do cuidado. O contato com a vulnerabilidade estimula a reflexão sobre as formas de cuidado possíveis a partir do reconhecimento do outro, da sua história e de suas concepções.

5. O PROJETO DE EXTENSÃO: “APRENDENDO, ENSINANDO E TRANSFORMANDO COM A RUA”

5.1. INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA

Diante da expansão do modelo capitalista, vivemos em uma sociedade marcada pela polarização econômica, com a concentração de riquezas entre grupos específicos e a exploração de populações menos favorecidas. Nesse contexto, se perpetuam as desigualdades sociais e como reflexo das diversas dificuldades encontradas no cotidiano, diariamente as ruas vêm sendo ocupadas por homens, mulheres, crianças, jovens e idosos. É de baixo de marquises que protegem da chuva, próximo a bares e restaurantes que oferecem sobras de comida e banheiro, e utilizando papelões improvisados como camas, que muitas pessoas veem no espaço urbano um local de moradia. Esse rompimento com as formas socialmente aceitas de sobrevivência faz com que a população em situação de rua (PSR) seja frequentemente invisibilizada pela sociedade (VARANDA; ADORNO, 2004; PAIVA et al., 2016).

Pensar o processo saúde-doença no contexto do viver nas ruas exige compreendê-lo como multidimensional, sendo influenciado por fatores biológicos, ambientais, econômicos, culturais e sociais. Já é sabido que as desigualdades sociais influenciam diretamente nas condições de saúde das pessoas, resultando em desigualdades e iniquidades em saúde. Dessa forma, a PSR está diariamente submetida a situações que afetam sua condição de saúde, como a exposição a situações de violências (físicas ou simbólicas), alimentação incerta, dificuldade do acesso à água, privação do sono, privação de afeição, variações climáticas, vergonha, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Além do mais, sabe-se que frequentemente essa população ressignifica o processo de adoecimento e acaba por internalizar e naturalizar seu sofrimento, buscando os serviços de saúde apenas em situações extremas, quando o adoecimento impede de seguir trabalhando e batalhando por sobrevivência (VARANDA; ADORNO, 2004; AGUIAR; IRIART, 2012; BARRETO, 2017; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Essa percepção do processo saúde-doença é reflexo de diversos fatores, sendo importante ressaltar a própria estruturação dos serviços de saúde como importantes barreiras de acesso, uma vez que a PSR é frequentemente estigmatizada e discriminada pelos próprios profissionais de saúde, já que muitas vezes podem se apresentar sujos, com mau cheiro, sob efeito de álcool e outras drogas, e acabam passando por situações marcadas por preconceito, hostilidade e inclusive negativa de atendimento. Reflexo de uma formação em saúde pautada

na lógica do padrão e da norma, que não reconhece a diversidade de contextos existentes na sociedade, uma vez que assuntos que tratem das desigualdades sociais, têm sido pouco abordados e debatidos durante a formação em saúde (BARATA et al., 2015; HALLAIS; BARROS, 2015; CHAVES; RATTO, 2018).

Portanto, vivenciamos um ensino em saúde que se aproxima do que Paulo Freire chama de “ensino bancário”, o qual é baseado em narrativas estáticas e descoladas das diversas realidades, formando profissionais cada vez mais alienados, que aceitam a realidade como algo fatídico. A racionalidade biomédica tem permeado a formação em saúde, sendo responsável por determinar concepções de cuidado limitadas ao curar, tratar e controlar, evidenciando uma relação objetificadora, na qual os sujeitos são limitados a alvos de intervenções, sendo o cuidado reduzido ao racionalismo individualizante e intervencionista, que ignora o modo de vida dos sujeitos, seus saberes e convicções. É necessário que enxerguemos que o cuidar em saúde precisa levar em consideração quais projetos de vida e de felicidade estão em jogo; um cuidado no qual as relações intersubjetivas são valorizadas, os horizontes são expandidos e os sujeitos envolvidos são ativos (FREIRE, 1987; AYRES, 2009).

Cientes da responsabilidade social que a Universidade carrega, é necessário olharmos para a sua capacidade de exercer importante papel de protagonista na transformação social. Neste caso, a Extensão Universitária (EU) se apresenta como espaço responsável por fomentar a reflexão, a criticidade, a interdisciplinaridade e as práticas emancipatórias, aproximando os estudantes das reais necessidades da sociedade, e se configurando como um espaço de aproximação e reconhecimento da diversidade. Na saúde, a EU se apresenta como uma forma de estimular o processo formativo contextualizado, capaz de transcender as barreiras da formação em saúde baseada no biológico, na técnica e nas ações curativistas e intervencionistas, estimulando as relações dialógicas entre a Universidade e sociedade a fim de promover o encontro do conhecimento científico e do saber popular (GURGEL, 1984; FREITAS et al., 2013; SILVA; RIBEIRO; JÚNIOR, 2013; GADOTTI, 2017).

Nesse sentido, esse projeto visa aproximar a formação em saúde da realidade da PSR, a fim de formar profissionais de saúde crítico-reflexivos, conscientes do momento e do espaço social em que estão inseridos, e preparados para receber os diferentes sujeitos a partir da compreensão da pluralidade humana e da singularidade que cada ser carrega consigo. Dessa forma, busca-se reafirmar a EU como um espaço que promova ações interprofissionais, interdisciplinares, educativas, culturais, científicas e políticas, a fim de estimular uma formação

compromissada com as diferentes realidades, onde os estudantes tenham consciência da responsabilidade social que suas profissões representam.

5.2. JUSTIFICATIVA:

A sugestão desse projeto de extensão vem da vivência pessoal do autor, que após quase sete anos de formação em saúde, sentiu um grande afastamento da universidade frente ao contexto do viver nas ruas. A ausência do assunto durante as disciplinas da graduação, assim como da pós-graduação gerou questionamentos referentes as motivações – ou a falta delas – que levam a esse evidente distanciamento. A partir desses questionamentos, foram pensadas formas de trazer essa temática para a formação em saúde, e como alternativa, pensou-se em um projeto de extensão. Durante uma pesquisa dos termos “rua” e “população em situação de rua” no Sistema Integrado de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa e de Extensão (SIGPEX) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), notou-se a inexistência de qualquer atividade de extensão que abordasse essa população. Assim sendo, se abriu a possibilidade de pensar uma proposta nesse sentido.

A proposta aqui apresentada, apoia-se na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), a qual tem como um de seus objetivos a garantia de formação e capacitação de profissionais para atuação junto da PSR, sendo pautada nos princípios de valorização e respeito à vida e cidadania, assim como de atendimento humanizado e universalizado, respeitando as condições sociais e as diferenças. Quanto ao cuidado em saúde da PSR, os próprios profissionais de saúde relatam que não se sentem preparados para atender essa população, por conta da falta de contato com temas referentes a essa população durante sua formação, explicitando a necessidade de inserção e aproximação com a PSR durante o processo de formação profissional. Esse distanciamento tem refletido no acesso à saúde dessa população, que muitas vezes passa por situações discriminação ao buscar os serviços de saúde (BRASIL, 2009b; COUTO, 2016; WIJK; MÂNGIA, 2017).

Além do mais, parte-se da compreensão de que EU, orientada pelas diretrizes da interação dialógica, interdisciplinaridade e interprofissionalidade, indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, impacto na formação e na transformação social, atua como importante mecanismo da construção da coesão social, quando ao dar voz aos grupos excluídos e discriminados atua na luta contra a exclusão social, sendo necessário valorizar e estimular ações de extensão que apoiam as afirmações das identidades raciais, sociais, de gênero e de território das populações vulneráveis (SANTOS, 2010; FORPROEX, 2012, 2016).

Acredita-se também, que para promover uma maior sensibilização na formação em saúde no que se refere a PSR, se faz necessário uma maior aproximação com essa população e com os espaços urbanos que são ressignificados por ela. Dessa forma, possibilita-se a formação de profissionais abertos as singularidades de cada ser humano, tendo contato com a diversidade dessa população invisibilizada no nosso cotidiano, para que assim seja possível olhar para as diferentes formas de viver, e tomar consciência de que cada indivíduo carrega inúmeras histórias, vivências, sentimentos e projetos de vida (BOFF, 1999; CHAVES; RATTO, 2018; LONDERO; PAULON, 2018).

Portanto, abre-se espaço para uma EU que promova a intercomunicação entre os indivíduos, capaz de construir espaços dialógicos entre a universidade e a PSR, onde haja a horizontalização das relações, com compartilhamento de saberes e a coparticipação no ato de pensar. Busca-se um projeto apoiado na Educação Popular em Saúde, visando promover a reflexão crítica, o diálogo e a construção conjunta do conhecimento, promovendo o encontro entre o saber popular e o científico, além de contribuir para a formação de profissionais de saúde comprometidos com as questões sociais, engajados nas lutas por direitos de cidadania (FREIRE, 1983; BRASIL, 2007c).

5.3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

Como ponto de partida, é importante ressaltar que a proposta de intervenção não se dá no sentido de engessar o projeto, acredita-se que ao ser colocada em prática, essa atividade de extensão poderá sofrer diversas alterações, sendo de grande importância o protagonismo dos participantes, sobretudo dos discentes e da própria PSR na construção de suas propostas e ações.

Deste modo, propõe-se um projeto de extensão multiprofissional e interdisciplinar na área da saúde, abrangendo os cursos da área presentes no campus de Florianópolis da UFSC, sendo eles: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, Educação Física, Psicologia e Serviço Social. Dois estudantes de cada curso serão selecionados a partir da análise de cartas de intenção, assim como entrevistas presenciais, totalizando um número de 18 estudantes. Ainda, pretende-se contar com pelo menos um docente de cada departamento, assim como articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a fim de possibilitar a atuação junto dos serviços de saúde, como a equipe de Consultório na Rua (CnaR) e os Centros de Saúde (CS), fomentando a integração ensino-serviço-PSR. Propõe-se também, a inserção de alunos de pós-graduação nesse projeto, tanto da modalidade *stricto*

sensu, quanto *lato sensu* (no caso dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde).

Para dar início as atividades, acredita-se ser necessário a criação de seminários iniciais para introdução do projeto e da temática aos envolvidos. Nesse momento, poderão ser realizados Círculos de Cultura para se refletir e problematizar conceitos que permearão o projeto, como: saúde, doença, cuidado, trabalho, exclusão social, viver nas ruas, PNPSR, educação popular em saúde etc. Também poderá ser realizado o reconhecimento (por meio de visitas ou rodas de conversas com profissionais) das instituições envolvidas com a PSR, como o CnaR, o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro-POP), Abordagem de Rua, Casa de Passagem, Casa de Apoio, Abrigo, etc.

Após um primeiro contato com a temática, sugere-se a introdução dos estudantes nos espaços urbanos, como nas reuniões do Movimento da População em Situação de Rua na Praça XV, no centro de Florianópolis, a fim de conhecer a forma de organização política dessa população. Nesse momento, poderá ser feita a apresentação da proposta inicial do projeto, com as percepções dos estudantes obtidas a partir dos seminários iniciais, e se abrirá espaço de diálogo com a PSR, onde poderão surgir diferentes sugestões acerca da atuação do projeto.

Acredita-se que a Metodologia da Problematização (BERBEL, 1999) pode ser uma proposta para nortear as ações do projeto. Poderá ser utilizado o Arco de Maguerez, quando a partir da observação participante na realidade do viver nas ruas (pela observação e diálogo com a população), os estudantes em conjunto com a PSR, poderão levantar os problemas percebidos, assim como as possíveis razões de sua existência. E dessa maneira, irão em busca de informações sobre os problemas para aprofundamento e discussão, e após poderão pensar em possíveis soluções para os problemas e executá-las na prática, estimulando a cadeia de ação-reflexão-ação. Diante desse panorama, poderão surgir ações de educação popular em saúde, educação permanente, oficinas, atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, entre outras.

Pensando na inserção de pós-graduandos, o projeto pode servir como campo de pesquisa, e sua atuação no projeto se justifica pelo princípio da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão. Além do mais, a pós-graduação pode se somar no planejamento e execução das ações de extensão, como nas atividades de educação em saúde, educação permanente, e inclusive, trazendo para o âmbito das Residências Multiprofissionais, servir como apoio para atividades assistenciais em saúde, utilizando seus campos de trabalho para atendimento à PSR.

5.4. TRANSFORMAÇÕES DESEJADAS:

Esse projeto é proposto a partir do anseio por mudanças no projeto de ensino em saúde que está colocado, e, portanto, apresento aqui as transformações que vislumbro ao sugerir esse projeto de extensão.

Como ponto de partida, coloco a aproximação da universidade com os diferentes contextos existentes no nosso cotidiano, nesse caso com foco no processo de viver nas ruas. Acredito que com o rompimento das barreiras institucionais existentes será possível a formação de profissionais de saúde que saibam olhar para as diversidades, o processo de exclusão e as desigualdades sociais presentes na nossa sociedade. Um olhar capaz de ressignificar conceitos e preconceitos, que promova a inquietação frente às vulnerações presenciadas, e que estimule a criatividade e o desejo por transformações.

Um segundo ponto que ressalto, é a formação contextualizada com o momento social e político no qual os estudantes estão inseridos. Creio que o contato com a realidade da PSR é capaz de estimular o pensamento crítico quanto a efetivação de políticas públicas no país, e a garantia de direitos como saúde, moradia, alimentação, lazer e etc. Desse modo, a universidade se aproxima de movimentos sociais, como o MNPR, e pode promover espaço de vocalização a essa população que sofre com a exclusão, discriminação e falta de voz.

Além de que, por ser baseado na pedagogia freireana e na Educação Popular em Saúde, o projeto se apresenta como mecanismo de encontro entre o saber científico e o saber popular, capaz de promover o diálogo entre a universidade e a PSR, a fim de produzir um conhecimento com potencial transformador das realidades. Vislumbra-se a formação de profissionais de saúde ético-políticos, críticos e reflexivos, capazes de enxergar as diferentes formas de ser e estar no mundo, e que dessa maneira, estejam disponíveis a serem afetados pelos indivíduos, para assim cuidar respeitando as suas singularidades, pensando para além das concepções de normalidade e do cuidado fragmentado e prescritivo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“ A consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca. Na verdade, seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, o ser humano não se inserisse em tal movimento. ”

(Paulo Freire)

Dou início a esta sessão de considerações intituladas finais com esse pequeno trecho do livro *Pedagogia da Autonomia* de Paulo Freire como epígrafe, pois considero que finalizar a escrita desse trabalho não significa sua conclusão, uma vez que o movimento de mudança é contínuo. Durante a construção dele me vi em um processo constante de questionamentos, e assim sendo, creio que essas considerações são apenas o início de um percurso a ser trilhado. Trazer a discussão sobre o ensino em saúde, pensando na possibilidade de aproximação dos cursos da área da saúde de uma população vulnerada como a PSR, é apenas o primeiro passo. O caminho em direção a uma formação contextualizada com os diferentes cenários da sociedade ainda é longo, porém possível. Ao fazer a revisão bibliográfica tive contato com uma luta histórica por um ensino em saúde para além do modelo biomédico, com foco no biológico e no intervencionismo, o que me trouxe esperança e estímulo para pensar esse projeto.

A existência de programas de Residências Multiprofissionais é um exemplo das conquistas em direção a mudança de pensamento. Destaco a minha vivência enquanto residente, na qual tive a oportunidade de vivenciar debates com a comunidade e com os profissionais de saúde, ocupar espaços de luta e reivindicação, participar de movimentos de organização e formação política, o que estimulou um olhar reflexivo sobre o mundo e a sociedade, resultando na produção desse trabalho. Desta forma, acredito em espaços formativos capazes de estimular o pensamento crítico na saúde, capaz de pensar o processo saúde-doença-cuidado como socialmente determinado, permeado por diferentes contextos e formas de se viver.

Em tempos de retrocesso, pensar a saúde da PSR se torna um esforço necessário. Temos vivenciados nos últimos anos – pós golpe – um desgoverno neoliberal, que por meio de políticas de austeridade tem buscado enfraquecer as políticas públicas e retirar os direitos dos cidadãos. Ademais, vemos os avanços de uma extrema direita conservadora, com um discurso abertamente violento, racista, homofóbico e misógino, sendo enaltecido por uma grande parcela

da população. Os tempos são sombrios e o ataque a democracia brasileira está escancarado, e é nesse cenário que em diversos momentos durante a escrita desse trabalho me questionei qual seria a importância do meu trabalho nesse contexto. E mais, qual o meu papel ao escrever sobre uma situação que eu não vivencio e nunca vivenciei? São questões que pairam pela minha mente enquanto estudante de pós-graduação repleto de privilégios. Questões das quais eu não tenho respostas concretas, e talvez nunca venha a ter, mas creio que seja através desses trabalhos que podemos dar visibilidade às populações mais vulneradas, assim como ocupar esse espaço de privilégio para promover a vocalização, ser resistência e pautar reivindicações coletivas do povo brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 115–124, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
- ANDRADE, L. P.; DA COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. A rua tem um imã, acho que é a liberdade: Potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1248–1261, 2014.
- AYRES, J. R. D. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001.
- AYRES, J. R. D. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.
- AYRES, J. R. D. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. [s.l: s.n.]. 2009.
- BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. Suplemento 1, p. 219–232, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500219&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=pt&tlng=pt>.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 139–154, 1998.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Editora UEL, 1999.
- BOFF, L. **Saber Cuidar, ética do ser humano - compaixão pela Terra**. 16. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino- Aprendizagem**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
- BRASIL. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde.**, 1986.
- BRASIL. **Portaria 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institua a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004**
- BRASIL. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.**, 2007a. .

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 3;019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** 2007b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. 2008.

BRASIL. **Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** 2009a.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. 2009b.

BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. 2011.

BRASIL. **Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua.** 2012a.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 2.761 de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).** 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.005 de 25 de Junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências.** 2014a.

BRASIL. **II Caderno de educação popular em saúde.** 2014b

BURSZTYN, M. **No meio da Rua - nômades, excluídos e viradores.** Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde**, v. 4, n. 2, p. 287–307, 1997.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017.

CARVALHO, Y. M. de; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: **Tratado de saúde coletiva**. [s.l.] Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 149–182.

CHAVES, S. E.; RATTO, C. G. Fronteiras da formação em saúde: Notas sobre a potência da vulnerabilidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 189–198, 2018.

COUTO, J. G. de A. **Atenção à Saúde Bucal da População em Situação de Rua: uma**

- análise das ações nas capitais brasileiras da região sul.** 2016. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública.** 2000. 208f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: **A saúde em debate na educação física.** [s.l.] Nova Letra, 2006.
- DA ROS, M. A.; VIEIRA, R. C.; CUTOLO, L. R. A. EDUCAÇÃO FÍSICA - Entre o biológico e o social. Há conflito nisto? **Motrivivência**, v. 17, n. 24, p. 107–117, 2005.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7–11, 1986.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839–1848, 2016.
- FERREIRA, C. P. da S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 1–10, 2016.
- FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 37–49, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100004&lng=pt&tlng=pt>.
- FLORIANÓPOLIS, I. C. G.; SANTA CATARINA, M. da P. em S. de R. **Diagnóstico Social Participativo da População em Situação de Rua na Grande Florianópolis.** 2017
- FORPROEX. **Política Nacional de Extensão Universitária.** 2012 Disponível em: <<http://proex.ufsc.br/files/2016/04/Política-Nacional-de-Extensão-Universitária-e-book.pdf>>.
- FORPROEX. **Carta de São Bernardo do Campo,** 2016. .
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Organização e tradução de Roberto Machado, 1979.
- FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FREEVALE, U. **Projeto da Rua Para'Nóia.** 2018a. Disponível em: <<https://www.feevale.br/pesquisa-e-extensao/programas-e-projetos-sociais/direitos-humanos-e-justica/da-rua-paranoia>>.
- FREEVALE, U. **Projeto social da Feevale realiza oficinas para inserir a população em situação de rua na sociedade.** 2018b. Disponível em: <<https://www.feevale.br/acontece/noticias/projeto-social-da-feevale-realiza-oficinas-para-inserir-a-populacao-em-situacao-de-rua-na-sociedade>>.

- FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- FREITAS, P. H. et al. Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área da Saúde. **Escola Ana Nery**, v. 17, n. 3, p. 496–504, 2013.
- GADOTTI, M. Extensão Universitária: Para quê? **Instituto Paulo Freire**, p. 1–18, 2017.
- GURGEL, R. M. Extensão universitária: comunicação ou domesticação? **Educação em Debate**, v. 7, n. 2, p. 53–60, 1984.
- HALLAIS, J. A. da S.; BARROS, N. F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1497–1504, 2015.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
- HEIDEMANN, I. T. S. B. **A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 298f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, 2006.
- IMPERATORE, S. L. B.; PEDDE, V.; IMPERATORE, J. L. R. Curricularizar a Extensão ou Extensionalizar o Currículo? Aportes teóricos e práticos de Integração Curricular da Extensão ante a estratégia 12.7 do PNE. In: **XV Colóquio Internacional de Gestão Universitária - CIGU. Desafios da Gestão Universitária no Século XXI**. [s.l.: s.n.]p. 1–16. 2015.
- LEAL, G. F. **Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporâneo**. 2008. 257f. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Estadual de Campinas, 2008.
- LONDERO, M. F. P.; PAULON, S. M. Por um Devir Bicileata no Apoio à Rede de Saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. 1–10, 2018.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARTINS, R. G. et al. “Programa Saúde e Cidadania”: a contribuição da extensão universitária na Amazônia para a formação médica. **Revista de Medicina**, v. 95, n. 1, p. 6–11, 2016.
- MERHY, E. E. Desafios de Desaprendizagens no trabalho em Saúde: em busca de anômalos. In: **Caderno Saúde Mental 3 Saúde Mental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.
- MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II**

Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS, 2010. .

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. 2009. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>>.

PAIVA, I. K. S. de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595–2606, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

RIBEIRO, M. R. F.; MENDES, F. F. de F.; SILVA, E. A. Curricularização da extensão em prol de uma universidade socialmente referenciada. **Revista Conexão**, v. 14, n. 3, 2018.

RIBEIRO, S. et al. Aprendentes humanos: A extensão potencializadora de protagonismo. **Revista Masquedós**, v. 3, n. 3, p. 19–26, 2018. Disponível em: <<http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/handle/123456789/281>>.

ROCHA, N. T. et al. Periferia dos Sonhos: sobre as pedras e as flores do caminho da extensão. In: **7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. [s.l: s.n.]

ROSA, S. et al. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 501–502, 2018.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

RUA, M. N. da P. em S. de. **Conhecer para Lutar - Cartilha para Formação Política**, 2010. .

SANTOS, B. de S. **A universidade no século XXI: Para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade**. 2010. São Paulo, 2010.

SANTOS, M. T. dos et al. Sentimentos e Percepções que as ações extensionistas do projeto Periferia dos Sonhos acarretam em seus integrantes. **Revista Ciência em Extensão**, v. 8, n. 3, p. 233–237, 2012.

SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da Saúde Pública. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 187–200, 2006.

SEVERINO, A. J. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, n. 10, p. 117–124, 2002.

SEVERINO, A. J. A busca do sentido da formação humana: tarefa da Filosofia da Educação. **Educação e Pesquisa**, v. 32, n. 33, p. 619–634, 2006.

SILVA, A. F. L. da; RIBEIRO, C. D. M.; JÚNIOR, A. G. da S. Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 371–384, 2013.

SILVA, C. C. da; CRUZ, M. M. da; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 246–256, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500246&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, M. L. L. da. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria Lucia Lopes da Silva.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf)>.

SILVA, P. M. F. DA. **Pessoas em situação de rua em Recife: Cidadania através do trabalho como uma alternativa**. 2015. 175f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

SILVA, I. C. N. et al. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1–7, 2018.

SIMÕES, T. do R. de B. A. et al. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 963–975, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300963&lng=pt&tlng=pt>.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 799–817, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677/709>.

SOUSA, A. L. L. **A história da extensão universitária**. 2000. 352f. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar Brasileira). Universidade Federal de Goiás, 2000.

SOUSA, M. de F. A Reforma Sanitária Brasileira E o Sistema Único De Saúde. **Tempus, actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 11–16, 2014.

UFPR, I. **Jornal A Laje**. Disponível em: <<https://intranet.ufpr.br/sigeu/public/projetoExtensao!view;jsessionid=+IC0zFfE7fraDH1cnOk8M49k.node1?projetoExtensao.id=10036>>.

UNICAMP, J. da. **Unicamp leva arte, saúde e cidadania para população em situação de rua**. 2018. Disponível em: <<https://www.unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2018/03/19/unicamp-leva-arte-saude-e-cidadania-para-populacao-em-situacao-de-rua>>.

UNIFESP. **Projeto de Extensão: Periferia dos sonhos**. 2018. Disponível em: <<https://dccunifesp.com/extensao/central-de-extensao/periferiadossomhos/>>.

VARANDA, W.; ADORNO, R. D. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 56–69, 2004.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A Problemática Em Educação Em Saúde: percepções dos professores tutores e alunos**. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

WIJK, L. B. van; MÂNGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1130–1142, 2017.

