

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Fernanda Calegaro Lerner

**A INTERAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SABERES
POPULARES: UM ESTUDO SOBRE O VER-SUS SANTA MARIA**

Santa Maria, RS
2020

Fernanda Calegari Lerner

**A INTERAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SABERES POPULARES: UM
ESTUDO SOBRE O VER-SUS SANTA MARIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS
2020

Fernanda Calegari Lerner

A INTERAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SABERES POPULARES: UM ESTUDO SOBRE O VER-SUS SANTA MARIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em ___ de dezembro de 2020:

Profª Drª. Sheila Kocourek (UFSM)
(Orientadora)

Prof. Dr. Fabio Jardel Gaviraghi (UFSM)

Prof. Dr. Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro (UFSM)

Santa Maria, RS
2020

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

(Eduardo Galeano)

RESUMO

A INTERAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SABERES POPULARES: UM ESTUDO SOBRE O VER-SUS SANTA MARIA

AUTORA: Fernanda Calegari Lerner

ORIENTADORA: Sheila Kocourek

Este trabalho é o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), realizado como requisito para a graduação no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria. Apresenta-se quanto temática a educação em saúde com desdobramentos teóricos sobre os modelos de processo saúde-doença, reconhecendo-se como significativo o modelo de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Além disso, percorre-se a trajetória teórica sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de municipalização da saúde para a aproximação entre os serviços e ações de saúde às realidades locais dos territórios. Segue-se, como referencial teórico, a educação permanente em saúde com enfoque no projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), que justifica a realização de uma pesquisa documental a partir de relatórios pessoais deste projeto feitos pela autora deste trabalho em 2018 e 2019, período em que participou nas modalidades de vivente e facilitadora, respectivamente. Neste sentido, a pesquisa teve como objetivo identificar e analisar os elementos que constituem a educação popular na educação em saúde a partir das experiências no VER-SUS Santa Maria/ RS. Além disso, a pesquisa acumulou enquanto procedimentos metodológicos a técnica de análise de conteúdo com aprofundamento na análise temática. Neste sentido, obtém-se como resultados a categorização da experiência em três categorias temáticas: “Mobilização”, “Diálogos” e “Construção e Movimento”, representando o processo de construção do conhecimento a partir da percepção de saberes populares. Por fim, ressalta-se esta perspectiva de educação em saúde na formação em saúde no Serviço Social, cujo Projeto ético-político está integrado ao movimento da democratização da saúde.

Palavras-chaves: SUS. Saberes populares. VER-SUS. Serviço Social.

ABSTRACT

THE INTERACTION BETWEEN HEALTH EDUCATION AND POPULAR KNOWLEDGE: A STUDY VER-SUS SANTA MARIA

AUTHOR: Fernanda Calegare Lerner

ADVISOR: Sheila Kocourek

This work is the Course Conclusion Work (TCC), performed as a requirement for graduation in the Social Work course at the Federal University of Santa Maria. Health education issues are presented with theoretical developments on the models of the health-disease process, recognizing the Social Determinants of Health (DSS) model as significant. In addition, the theoretical trajectory on the Unified Health System (SUS) and the process of municipalization of health are followed to bring health services and actions closer to the local realities of the territories. It follows, as a theoretical framework, permanent health education with a focus on the SUS Experiences and Internships project (VER-SUS), which justifies conducting a documentary research based on personal reports of this project made by the author of this work in 2018 and 2019, a period in which she participated in the modalities of living and facilitating, respectively. In this sense, the research aimed to identify and analyze the elements that constitute popular education in health education from the experiences at VER-SUS Santa Maria / RS. In addition, the research accumulated as methodological procedures the technique of content analysis with deepening in the thematic analysis. In this sense, results are obtained by categorizing experience into three thematic categories: "Mobilization", "Dialogues" and "Construction and Movement", representing the process of building knowledge from the perception of popular knowledge. Finally, this perspective of health education in health education in Social Work is highlighted, whose ethical-political project is integrated with the movement for the democratization of health.

Keywords: SUS. Popular Knowledge. VER-SUS. Social Work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead	21
Figura 2 – Tipos de sistema de saúde	32
Figura 3 – Cartaz com cronograma, disponível no corredor de entrada da plenária.	64
Figura 4 – cartaz com a organização dos tempos trabalho.....	65
Figura 5 – Visita à cidade Três Passos	69
Figura 6 – Visita à comunidade indígena	70
Figura 7 – Visita ao Instituto Educar.....	70
Figura 8 – Plenária sobre controle social	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mobilização	57
Tabela 2 – Diálogos nos NBs	66
Tabela 3 – Diálogos nas vivências	67
Tabela 4 – diálogos na interdisciplinaridade	71
Tabela 5 – Construção e Movimento.....	73

LISTA DE ABREVISTURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
Amrigs	Associação Médica do Rio Grande do Sul
CA	Centro Acadêmico
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CPP	Comissão Política Pedagógica
CRSSES	Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde
DA	Diretório Acadêmico
DCE	Diretórios Centrais de Estudantes
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DENEM	Direção Executiva dos Estudantes de Medicina
EIV	Estágios Interdisciplinares de Vivência
ENEV	Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
EV	Estágios de Vivências
FEAB	Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FUNRURAL	Fundo de Apoio do Trabalhador Rural
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência de Servidores Públicos
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Netesc	Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva
NURESC	Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
OPAS	Organização PanAmericana da Saúde
OTICS	Observatório de Tecnologias em Informações e Comunicação em
Sistemas e Serviços de Saúde	
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RBS	Reforma Sanitária Brasileira
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEE	Unões Estaduais de Estudantes
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNE	União Nacional de Estudantes
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS	16
2.1	A SAÚDE COMO DIREITO	17
2.2	PROCESSO SOCIO-HISTÓRICO PARA CONSTITUIÇÃO DO SUS E A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE	22
2.3	O VER-SUS COMO PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ..	37
2.3.1	O método de organização do VER-SUS	43
2.3.1.1	<i>O método pedagógico a partir do IEJC</i>	44
2.3.2	A educação popular na formação para o SUS	48
3	METODOLOGIA	52
3.1	COLETA DE DADOS	53
3.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	55
4	RESULTADOS	56
4.1	MOBILIZAÇÃO.....	57
4.1.1	Realidade de saúde na cidade de Santa Maria	59
4.1.2	A interação do VER-SUS Santa Maria com o método pedagógico Josué de Castro	61
4.2	DIÁLOGOS.....	65
4.3	CONSTRUÇÃO E MOVIMENTO: UMA ASSISTENTE SOCIAL EM FORMAÇÃO	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho se expressa no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como requisito para a conclusão do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). No processo final de graduação, o TCC evidencia o que se consolida como conhecimento durante este período em que os estudantes se encontram imersos no meio acadêmico. É evidente, então, que seja necessário a escolha de uma linha temática para aprofundar o estudo, um tema vinculado a alguma disciplina, à experiência de estágio ou de extensão disponível no âmbito da Universidade que possui como base o tripé de ensino, pesquisa e extensão, proporcionando aos acadêmicos o envolvimento na busca por um conhecimento qualificado.

Foi escolhido como tema deste trabalho a educação em saúde e seus desdobramentos a partir do desenvolvimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política pública de saúde é implantada após uma vasta discussão em conferências sobre as necessidades e demandas da população de acesso à assistência à saúde e de reestruturação do sistema nacional de saúde. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) com expressão significativa na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, o principal momento em que são lançadas as propostas de democratização do acesso à saúde. Neste sentido, a partir da Constituição Federal de 1988 a saúde é definida como direito de todos/as cidadãos/ãs e dever do Estado e se constitui em um dos pilares da Seguridade Social junto à assistência social e a previdência social. A implantação do SUS ocorre com a Lei 8.080 de 1990, porém em um contexto que não privilegia o seu desenvolvimento já que são impostas medidas restritivas no âmbito social, devido a determinações do banco mundial e de países neoliberais aos países em desenvolvimento como Brasil. Assim, desde a sua consolidação, o SUS apresentou avanços quanto a suas propostas de atenção à saúde a partir da lógica da prevenção com a promoção de saúde, diagnóstico precoce e tratamento, e reabilitação e na formação de profissionais qualificados para atuação no SUS.

Para este trabalho foi construída uma pesquisa documental de caráter qualitativo com ênfase na compreensão da educação popular para a formação em saúde a partir da participação no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) em Santa Maria/RS nos anos de 2018 e 2019. A escolha deste assunto teve como motivação a participação em projetos sobre saúde durante a graduação. Desde o primeiro semestre do curso de Serviço Social a autora iniciou sua participação na Liga Interdisciplinar de Saúde Coletiva e da Família do Departamento de Saúde Coletiva no Centro de Ciências da Saúde desta instituição, que se constitui de um grupo de estudantes com autonomia para a construção de projetos de ensino, pesquisa e extensão com a orientação de um docente.

Além disso, a autora participou enquanto bolsista do PET-GraduaSUS vinculado ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Gerontologia, Saúde e Serviço Social, com a supervisão da orientadora deste TCC. Este Programa de Educação Tutorial buscava pela construção de atividades como rodas de conversas sobre saúde abrangendo as percepções sobre o núcleo profissional do Serviço Social e o campo a partir da multidisciplinaridade entre os cursos de Medicina, Farmácia e Serviço Social.

A participação nestes projetos de cunho teórico e prático contribuíram para o conhecimento e interesse em vivenciar o Projeto VER-SUS Santa-Maria ao qual se justifica este trabalho nos anos de 2018 e 2019. Trata-se de um projeto de âmbito nacional, inserido na concepção de educação permanente em saúde, com o objetivo de agregar na formação de acadêmicos para o SUS. Este projeto é autogerido por estudantes com a presença e articulação do movimento estudantil junto a gestão municipal de saúde, Instituições de Ensino Superior, neste caso, a UFSM, e movimentos sociais.

Identifica-se que a primeira experiência do VER-SUS em Santa Maria ocorre em 2012 a partir de duas versões, verão e inverno, e segue ocorrendo, de forma ininterrupta entre os anos de 2013 e 2020. Ao longo destas vivências foram fortalecidos os laços com a gestão municipal de saúde, principalmente com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS), e com as Instituições de Ensino Superior, alcançando o apoio necessário para uma experiência que apresente os

resultados a partir dos objetivos propostos do projeto. A educação voltada para o SUS tem muito a contribuir para a cidade de Santa Maria e região tendo em vista a realidade de saúde local e regional.

O VER-SUS é coordenado pela Associação Brasileira Rede Unida e tem como objetivo proporcionar experiências que instigue uma formação de acadêmicos/as direcionada para o trabalho no SUS bem como a valorização desta política pública de saúde. A experiência no VER-SUS é orientada por meio de um método pedagógico denominado Método Josué de Castro que apresenta princípios, valores, e tem como base a perspectiva dialético crítica. Neste sentido, o VER-SUS se configura em uma vivência pautada na coletividade, na educação popular e no desvelamento da realidade social a partir da imersão de estudantes no período que pode variar de 8 a 15 dias.

A educação em saúde perpassa o curso Serviço Social o qual apresenta a necessidade da intervenção dos/as assistentes sociais na área de saúde enquanto uma política pública permeada por desafios para ser concretizada e pelas diversas expressões da questão social presentes nesta realidade. Marilda Iamamoto (2000) aborda o serviço Social como uma especialização do trabalho na sociedade, inserido na divisão técnica do trabalho configurado no modo de produção capitalista. Esta afirmação é importante para a identificação dos vários momentos que permeou a profissão, passando por transformações desde a sua gênese marcada pela caridade até o contexto atual com bases teórica-metodológica, técnico-operativa e ético-política concretizados no projeto ético-político dos/as assistentes sociais.

Sendo a questão social o objeto de trabalho do/a assistente social, suas expressões na sociedade são evidenciadas durante a formação acadêmica a partir das diversas disciplinas teóricas e prática (Estágio Supervisionado). O processo de ensino em sala de aula, pode ser agregado a projetos de pesquisa e/ou extensão, aprofundando, assim, o conhecimento a partir da integração entre teoria, prática e produção de ciência.

A formação acadêmica no Serviço Social voltada para a área da saúde ocorre a partir de disciplinas específicas, como “Seguridade Social: Saúde”, “Saúde Coletiva e Serviço Social”, bem como Disciplinas Complementares de Graduação como

“Políticas Públicas de Saúde” e “Formação Profissional Interdisciplinar para o SUS” e projetos como PET Saúde e o VER-SUS.

Na percepção do ensino que está além das salas de aula, como se evidencia no VER-SUS não há o propósito de transferência do conhecimento e sim pressupõe-se a tomada de consciência dos estudantes sobre o seu próprio processo de construção do conhecimento a partir de saberes compartilhados. Esta lógica está alinhada à perspectiva da educação popular que percebe o conhecimento a partir da condição humana, considerando os indivíduos enquanto sujeito da construção do saber com criticidade.

Na formação deste conhecimento coletivo e crítico-reflexivo que os estudantes constroem durante a vivência no VER-SUS há a união entre os saberes populares, a partir da observação dos modos de vida em comunidades e a troca de experiências com estudantes, e entre a teoria e as reflexões realizadas durante as plenárias (que são as reuniões dos estudantes para abordar um determinado tema com uma ou mais pessoas de referência no assunto). A partir das vivências é possível identificar quais são os procedimentos de promoção de saúde, que para além dos serviços de saúde disponíveis no SUS, envolvem práticas culturais próprias de cada comunidade. São os saberes populares agregados as reflexões durante a vivência que configuram a presença da educação popular nos processos de construção do conhecimento para formação voltada à área da saúde, reconhecendo as necessidades e demandas das diversas populações.

Nesta lógica, este trabalho teve a intenção de aprofundar o sentido da educação popular no VER-SUS, a partir do reconhecimento do processo de ensino-aprendizagem durante as experiências que ocorreram neste projeto. Postulou-se como objetivo identificar e analisar os elementos que constituem a educação popular na educação em saúde a partir da participação no Projeto Vivências e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) de Santa Maria/RS nos anos de 2018 e 2019 para compreender sua relação na formação profissional em saúde. Ademais os objetivos específicos foram os seguintes: Analisar relatórios pessoal e grupal, fotos e documentos do VER-SUS que ocorreu em Santa Maria/RS, nos anos de 2018 e 2019, com abordagem de análise documental; Identificar os elementos de

ensino-aprendizagem que constituem as experiências no Projeto VER-SUS de Santa Maria/RS nos anos de 2018 e 2019, bem como do método para a realização deste; Compreender a relação dos elementos de ensino-aprendizagem da experiência no VER-SUS Santa Maria/RS com a educação popular; Relacionar a formação profissional por meio do VERSUS com os parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde.

Metodologicamente, para atingir os objetivos pautados, realizou-se uma pesquisa documental, em relatórios pessoais da autora, que participou da experiência nos anos de 2018 e 2019. Tais relatórios foram encaminhados e aprovados pela Associação Brasileira Rede Unida.

O TCC está organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro a introdução. Na sequência são apresentados os elementos teóricos e históricos sobre o SUS, e o VER-SUS como dispositivo de educação permanente em saúde com a explanação do Método Josué de Castro e a educação popular. O terceiro capítulo apresenta a metodologia de pesquisa utilizada para a coleta de dados e análise deste. Por fim, o quarto capítulo expressa os resultados esperados e a reflexão sobre o Serviço Social na saúde e a formação acadêmica nesta área de conhecimento a partir da experiência no VER-SUS.

Acredita-se com este trabalho que a educação popular e a compreensão do método utilizado no VER-SUS podem ser melhor compreendidas no Serviço Social para agregar às abordagens já existentes na formação dos/as acadêmicos/as. Isto porque a compreensão das expressões da questão social ocorre a partir da aproximação com a sociedade e os saberes populares tendo em vista a articulação entre teoria e prática. Neste sentido, o Código de Ética do/a Assistente Social evidencia a importância do reconhecimento de outras vertentes teóricas para o aprimoramento da formação e da intervenção profissional, que pressupõe a garantia do pluralismo, com respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas (BARROCO; TERRA, 2012).

Ademais, esta temática possui relevância na dimensão científica por ampliar e sistematizar conceitos que podem contribuir para outros estudos de produção acadêmica. No âmbito social, este trabalho demonstra a aproximação do diálogo com

a sociedade a partir de novas construções para a educação formal e tradicional que necessita de renovações.

2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS

A Educação permanente em saúde está amparada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, por meio da iniciativa do Ministério da Saúde. Mais especificamente, a construção desta Política ficou sob responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), em conjunto com outros órgãos e entidades ligados a gestão do SUS nas esferas municipal, estadual, distrital e da União. Assim, se destacam o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para o comprometimento com a estratégia de regionalização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como prevê a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em sua edição revisada (2018).

No campo da educação na área da saúde existem terminologias específicas que podem ser confundidas, por isso, é necessário evidenciar suas características. Neste sentido, a “educação na saúde” envolve o conhecimento direcionado à formação para a atuação na saúde, sendo composto de duas modalidades: a educação continuada e a educação permanente em saúde (EPS). Enquanto que a educação continuada contempla o ensino tradicional, com informações técnico-científicas de forma sequencial e acumulativa, a educação permanente em saúde é conceituada como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (BRASIL, 2012, p. 20)

Nesta modalidade de educação na saúde se destaca a interação entre a formação, a atenção, a gestão e o controle social, que são denominados de

Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Estes elementos surgem como estratégia para o desenvolvimento e fortalecimento da educação voltada para os processos de trabalho no SUS. Quanto a formação, Ceccim (2005), sugere a mudança na concepção da educação voltada para a formação na saúde, tendo por base a seguinte análise:

a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade; (CECCIM, 2005, p. 166)

A partir desta perspectiva será abordado neste capítulo o processo de construção da política pública de saúde a partir da configuração da saúde como direito, tendo em vista a necessidade de uma formação de profissionais em saúde atrelados às propostas do SUS. Profissionais que estejam conscientes das realidades locais e regionais, não apenas biológicas, mas essencialmente sociais a partir da identificação das necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades. Ademais, será apresentado o VER-SUS inserido na concepção da educação permanente em saúde, enquanto um projeto de educação de estudantes para o trabalho no SUS.

2.1 A SAÚDE COMO DIREITO

Este trabalho ao abordar a saúde como tema busca compreender o significado desta terminologia, tendo como referência as diversas concepções abordadas no decorrer dos anos até os dias atuais, constatando seus avanços, na tentativa de delimitar seu entendimento. Ao abordar saúde é imprescindível a percepção do que é doença, já que, sua relação ocorre no adoecimento, configurando a concepção de processo saúde-doença.

Desde a antiguidade busca-se entender o significado da saúde, compreendida neste momento como intervenção divina entre os dois opostos: a saúde como uma

benção divina e a doença como um castigo. No processo de urbanização precária, a partir do século XVIII, ocorreu uma vasta proliferação de doenças que foi justificada a partir da Teoria Miasmática ou teoria do contágio, compreendendo a doença como efeito da falta de saneamento, e dos gases expelidos por animais ou decomposição, os “maus ares”.

Ainda no contexto de urbanização da Europa, em que se agravam os problemas sociais, principalmente devido as precárias condições de trabalho e de exploração da classe operária, buscaram-se soluções para as doenças que se alastram entre a população. Neste sentido, duas vertentes se desenvolvem: a primeira a partir de Virchow com a criação da medicina social em 1847 e a segunda com o estudo da microbiologia que resulta na teoria unicausal ou modelo biomédico. A primeira vertente sugere que as doenças só serão combatidas a partir de mudanças de estruturas econômicas, políticas e sociais, enquanto que a segunda que se sobressai sobre a medicina social sugere o combate do agente biológico. A unicausalidade busca a identificação do agente etiológico com a intervenção na causa imediata das doenças e nos seus efeitos. Com base neste modelo compreendeu-se que o corpo humano funciona como uma máquina em que cada parte do corpo se comporta para que o todo possa operar, assim, desenvolve-se o estudo do corpo humano, a partir de suas partes. Ao visar apenas a cura dos indivíduos, a partir da vertente unicausal, a saúde é compreendida como a ausência de doenças.

A Unicausalidade aos poucos abre espaço para o modelo de Multicausalidade que compreende no processo saúde-doença outros fatores além do agente etiológico que causa doenças. Esta vertente surge a partir dos estudos de Leavell e Clark na obra Medicina Preventiva de 1976 que realizam a análise sobre a história natural da doença (VIANNA, 2013). Nesta percepção a noção de saúde e patologia perpassam por dois períodos: a Pré-patogênese e a Patogênese. Na primeira fase há a ausência de doença em que está implicada a inter-relação entre o agente etiológico, o homem e o ambiente, envolvendo o estudo sobre os fatores que podem levar à ocorrência de patologias futuras. Na fase Patogênese, ocorre a passagem para a condição de enfermidade e, então, são analisadas as modificações biológicas e morfológicas do indivíduo. (BASTOS, 2013)

A partir destas percepções sobre o processo saúde-doença, a história natural das doenças aponta para estratégias de ações para a prevenção, considerando esta como uma ação antecipada para inviabilizar a transição para a patogênese ou o progresso da condição de enfermidade. Neste sentido, a prevenção possui três fases, a prevenção primária que ocorre no pré-patogênese, a prevenção secundária e a prevenção terciária. Na prevenção primária são identificadas a promoção de saúde como medida de desenvolvimento de uma saúde ótima e a proteção específica com ações para combater agentes no ambiente que são danosos à saúde (VIANNA, 2013). Na prevenção secundária constatam-se o diagnóstico e tratamento precoce e a limitação da invalidez, que propõem a investigação e identificação do caso clínico para que haja o tratamento inicial e a prevenção do avanço da doença, além de prevenir o avanço dos efeitos de um quadro clínico avançado. A prevenção terciária se constitui de um nível mais avançado da condição de enfermidade, envolvendo a reabilitação como prevenção da incapacidade total (BASTOS, 2013).

A vertente da multicausalidade tem influência sobre a percepção de saúde construída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) junto a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na Conferência de Alma-Ata em 1978. Desta Conferência Internacional resulta a Declaração de Alma Ata que propõe a saúde para além da ausência de doença, compreendendo-a como um estado de completo bem-estar biopsicossocial. Além disso, a declaração reforça o debate sobre atenção primária em saúde, com a implantação de um sistema de saúde que identifique as necessidades de saúde da população, proporcionando a universalidade de atendimento em saúde. (FACCHINI, 2018)

A partir dos postulados de Alma-Ata surge a motivação para a reformulação da saúde no Brasil com o movimento da reforma sanitária, buscando uma compreensão ampliada sobre a saúde. Neste sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que ocorreu em 1986 foi um marco importante para este movimento em que foi possível propor uma definição ampliada de saúde, bem como a implantação de uma política pública de saúde inserida em um sistema de Seguridade Social cujos termos definidos nesta conferência são reproduzidos na Constituição Federal de 1988. Assim, a saúde passa a ser entendido a partir das condições de diversos fatores sociais como

alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, bem como da estrutura social e o contexto de reprodução da vida. Ainda, acrescenta-se que a saúde é definida de acordo com o contexto histórico, sendo, portanto, mutável e conquistada a partir das lutas cotidianas da população (BRASIL, 1986).

Este conceito ampliado de saúde infere que a percepção sobre saúde está atrelada a subjetividade dos indivíduos de acordo com as condições sociais e a organização da sociedade em que estão inseridos. Neste sentido, expressa-se a concepção de determinantes sociais de saúde sobre o processo saúde-doença, que está atrelado a fatores biológicos, como propõe os outros modelos, e para além disso, a determinantes sociais.

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) passam a ter maior atenção para implementação de ações e políticas públicas com a criação do Conselho Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), em 2006. De âmbito internacional, este conselho adota como conceito de DSS os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p. 78). Os DSS impactam na situação de saúde dos indivíduos e comunidades devido às condições de vida e de trabalho.

Na busca pela compreensão do processo saúde-doença a partir de determinantes sociais alguns autores buscaram esquematizar os diversos fatores sociais a partir de diferentes níveis. Neste sentido, aponta-se para o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), conforme ilustração da figura 1, que aborda de forma esquematizada os determinantes sociais distribuídos em níveis ou camadas a partir de um nível individual até o de macrodeterminantes. O primeiro nível demonstra o indivíduo a partir da sua idade, sexo e fatores hereditários, atrelado ao estilo de vida, que, embora não seja uma determinação total de saúde contribui para a situação da saúde, como o hábito de fumar, praticas atividades físicas, e a alimentação. Conforme seguem as camadas se ampliam as formas de sociabilidade e de vida, como as redes sociais e comunitárias, percebendo-se a coesão social, além das condições de vida e trabalho. Por fim, destaca-se os aspectos macrodeterminantes, referentes as formas

de organização da sociedade e que possuem grande influência sobre os demais níveis (BUSS, FILHO, 2007)

Figura 1 - O modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: BUSS; FILHO, 2007

Esta perspectiva não busca reduzir a determinação de saúde a partir de condições individuais de vida, como modo de vida na tentativa de culpabilização dos indivíduos. Ao contrário, compreende-se que a organização da sociedade, em sua dimensão coletiva tem impacto sobre o processo saúde-doença das pessoas, produzindo iniquidade em saúde, como afirma Nogueira (2009) ao realizar sua crítica aos aspectos positivistas do relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS de 2008. Nesta perspectiva aponta-se os fatores sociais como determinação para o processo saúde-doença, contatando-se estes como causa. Porém a saúde humana não é essencialmente social e possui múltiplos fatores. Assim, a referência para determinantes sociais de saúde tem enfoque para a formulação e efetivação de políticas sociais e econômica em prol da equidade em saúde.

Diante dos avanços no processo saúde-doença e nos debates sobre a situação de saúde no Brasil por meio das conferências, é instituído com a Constituição Federal de 1988 a saúde como direito social junto a outros direitos, no artigo 6º, como educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência

social, proteção à maternidade e à infância, assistência social. A saúde enquanto direito é assumida em sua universalidade, para todos, e tem como responsável pela sua garantia o Estado.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

Assim, a saúde, além de direito, torna-se uma política pública como proteção social a partir do modelo de Seguridade Social que se constitui das políticas de saúde, previdência social e Assistência Social. A saúde como responsabilidade do Estado torna-se pública com o desenvolvimento de um sistema de saúde e de acesso a todos/as os/as brasileiros/as, com diretrizes e princípios delimitados, o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado com as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080 e a Lei 8.142, instituídas em 1990.

2.2 PROCESSO SOCIO-HISTÓRICO PARA CONSTITUIÇÃO DO SUS E A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

As percepções sobre saúde e doença sempre estiveram presentes na sociedade, cabendo a cada indivíduo, em princípio, a responsabilidade do cuidado e do sustento de si em relação ao seu bem-estar até o desenvolvimento da saúde quanto política pública que passa a envolver o âmbito coletivo. A realidade de saúde quanto um campo do indivíduo perpassou o período Colonial (1500) até a proclamação da República do Brasil em 1889, em que somente as pessoas com riqueza teriam acesso a cuidados da medicina. A organização política no Brasil estava submetida a Metrópole que era Portugal no período colonial, assim, somente tinham acesso aos médicos que vinham do exterior quem pertencia a realiza ou a ela se submetia. À população em geral cabia o acesso a caridade, proveniente de Santas Casas, como a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, a primeira, criada em 1543 por Brás Cubas.

Com a vinda da família Real para o Brasil, a estrutura de saúde se configura a espelho de como era em Portugal, permanecendo o acesso de médicos pela Família Real e a caridade, filantropia e medicina popular aos pobres, negros escravizados e indígenas. Além disso, foram criadas ações direcionadas para a higienização dos Portos já que a economia do país girava em torno da exportação com a criação da Inspetoria de saúde dos portos. Evidencia-se, assim, o legítimo interesse do Estado capitalista, não diretamente com a saúde pública, mas sim na permanência e efetividade das atividades essenciais da economia brasileira. É assumido, a partir deste período, a centralidade da saúde na assistência médica com a criação de Escolas de Medicina, primeiramente no Rio de Janeiro em 1815 e, então, na Bahia em 1829.

A partir da Proclamação da República brasileira em 1889, as ações de saúde voltadas a população passam a ser de responsabilidade dos estados, sendo percebida como uma questão social, já que não se refere mais a apenas o indivíduo em si, e sim a um problema da sociedade, sob interferência do poder público. Neste período, é constatada a disseminação de diversas epidemias como a febre amarela, peste e varíola, que se aprofundam com a grande concentração populacional nos centros urbanos e aumento da migração de estrangeiros para o Brasil, principalmente em busca de trabalho assalariado, em crescimento devido ao desenvolvimento das indústrias. Em 1910, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública e adotam-se medidas sanitárias para o controle das epidemias, como o saneamento dos Portos, combate a vetores e a vacinação obrigatória.

As medidas sanitárias adotadas no governo de Rodrigues Alves tiveram como expoente o médico sanitário Oswaldo Cruz, que incentivou a vacinação obrigatória da população, além de empenhar campanhas sanitárias para o combate às epidemias. Essas ações, embora visassem a saúde pública, eram arbitrárias, provocando reações da população, como a Revolta da Vacina em 1904 no Rio de Janeiro contra a lei da vacinação obrigatória para o combate da varíola. Assim, embora a saúde assumisse um caráter político, evidenciava-se a rigidez do Estado na sua promoção tornando-se caso de polícia e motivo de repressão com a atuação de brigadas sanitárias e policiais. As ações adotadas evidenciavam o início de políticas

de saúde para a população, mas que, mais uma vez, estão em prol do interesse econômico do país, já que as doenças infectocontagiosas prejudicavam a economia agroexportadora. A adoção de campanhas sanitárias por Oswaldo Cruz para o combate da proliferação de doenças culminou no modelo campanhista.

Em 1920, Carlos Chagas é nomeado para a direção do Departamento Nacional de Saúde, desenvolvendo ações de propaganda e educação sanitária para a prevenção de doenças. Neste sentido, impulsiona-se o surgimento da saúde pública com o modelo sanitarista campanhista (AGUIAR, 2015) sob a influência da teoria miasmática.

A assistência à saúde foi aos poucos sendo organizada, primeiramente, pelos trabalhadores com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) a partir da Lei Eloy Chaves em 1923, a primeira lei da previdência social no país. Durante a Era Vargas (1930 a 1945) há o investimento massivo na industrialização, provocando êxodo rural e a crescente urbanização, e, com isso, aumentam as demandas da classe trabalhadora. O Estado Novo de Getúlio Vargas avança criando o Ministério do trabalho e institui as leis trabalhistas para a garantia de direitos da classe trabalhadora, que reivindicava direitos e resistia frente à exploração do trabalho com a industrialização do país e o fortalecimento da burguesia industrial. Neste contexto, há o fortalecimento da medicina liberal aos que possuem melhores condições financeiras e hospitais filantrópicos, estabelecendo o modelo de saúde clínico curativo-privatista (AGUIAR, 2015), principalmente com o investimento de capital estrangeiro com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942.

Enquanto as ações do governo estavam direcionadas para a promoção da saúde dos trabalhadores urbanos, já que o Estado Novo fomentou o desenvolvimento dos direitos para esta população, os trabalhadores e a população rural permanecia sem cobertura de assistência. Foi apenas no governo de Juscelino Kubitschek (JK) o incentivo à implantação de ações para a saúde no meio rural com o Departamento de Endemias Rurais, e, em 1963 foi instituído o Estatuto dos Trabalhadores Rurais, garantindo oficialmente direitos aos trabalhadores neste âmbito.

Após a segunda Guerra Mundial, o governo de Getúlio Vargas é deposto e a partir de eleições diretas é eleito o Presidente Dutra com o objetivo de formular

estratégias para o fortalecimento de bases, como o Plano SALTE, que visava o desenvolvimento nas áreas da saúde, alimentação, transporte e energia, tendo a saúde como prioridade. Esse plano não se concretiza em sua totalidade, e, em 1951 é eleito Presidente o Getúlio Vargas, assumindo uma posição nacionalista. Assim, é criado em 1953 o Ministério da saúde e passam a vigorar duas ideias distintas sobre a percepção de saúde, um de concepção do modelo sanitaria campanhista com apoio à prática higienista da SESP e outro de perspectiva sanitaria desenvolvimentista. Esta última vertente percebe a relação entre o nível de saúde da população e o desenvolvimento econômico do país, com a articulação de campanhas sanitárias à promoção de assistência à saúde e ações preventivas e curativas de acordo com as necessidades de saúde da população à nível municipal.

Com o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960), período conhecido como desenvolvimentismo, os investimentos de capital estrangeiro aumentaram, principalmente de multinacionais, na economia do Brasil. Insere-se, assim, na saúde a lógica do investimento privado, promovendo a privatização do acesso a serviços de saúde. Além disso, a assistência médica e previdenciária deste período passa a ocorrer por meio de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as CAPs e passam a ser especializadas por categorias profissionais. Este modelo caracterizou-se em médico-assistencial privatista, estendendo-se até os anos de 1980 pela concentração de assistência médica privada e previdenciária (a partir de contribuição dos trabalhadores).

Após o golpe militar de 1964, o período da Ditadura Militar (1964 -1985) foi demarcado por diversas mudanças na saúde, principalmente no que se refere a organização de um sistema de saúde no país. Assim, em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, que unificou os IAPs, com exceção do Instituto de Previdência e Assistência de Servidores Públicos (IPASE). O INPS passa a ter uma gestão centralizada administrativa e financeiramente com a finalidade de capitalização, além de incentivar a concentração da prática médica com lógica do lucro e a compra de serviços privados. Assim, com o avanço da lógica privatista, ocorre a desvalorização

do modelo sanitário campanhista e o controle de endemias passa ser centralizado na administração da Superintendência de Campanha de Saúde Pública (SUCAM).

Ainda no Governo Militar é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (1974) com a responsabilidade pelo sistema previdenciário do INPS. Junto a isso, são criadas ações para o investimento em serviços de saúde privados como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) com recursos destinados a construção de hospitais e o Plano Pronto Ação (PPA) com investimento em hospitais e clínicas particulares com a finalidade de proporcionar atendimento de urgência aos indivíduos, sejam contribuintes à Previdência ou não.

O sistema de saúde de características previdenciárias torna-se pouco resolutivo diante das necessidades e demandas de saúde da população, gerando, assim, uma crise no sistema de saúde que começa a ser debatido dentro dos movimentos sociais. Neste momento, existiam diversas instituições e organizações estatais e privadas oferecendo serviços de saúde para a população, porém, haviam pessoas que não conseguiam acessar estes serviços, ficando excluídas de assistência à saúde. Estas questões foram levantadas na V Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o debate sobre a necessidade de uma reorganização na saúde. Diante deste panorama, Paim (2015) se refere a uma crise do sistema de saúde no período do governo militar a partir de um estudo realizado na V Conferência Nacional de Saúde, indicando a existência de 71 órgãos que desenvolviam ações de saúde. Com isso, em 1975, foi implantado o Sistema Nacional de Saúde por meio da Lei Nº 6.229 e o Sistema de Vigilância Epidemiológico através da Lei Nº 6.259, neste mesmo ano. O Sistema Nacional de Saúde passa a promover a cobertura de serviços de saúde na área rural e de programas especiais, como materno-infantil.

A reorganização da saúde perpassa pela criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), constituído pelo INPS, responsável pelo pagamento de benefícios aos segurados; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) cuja responsabilidade é a prestação de assistência médica individual e curativa por meio de serviços privados aos segurados; a Legião Brasileira de Assistência (LBA) que promove a assistência a população “carente”; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e

Assistência Social (IAPAS); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM); e a Central de Medicamentos (CEME).

Neste contexto de crise e de reorganização da saúde no Brasil, há o fortalecimento de percepções de atenção preventiva e curativa e, assim, o investimento em serviços de saúde, que se concretiza com a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)¹. A promoção de expansão do atendimento à saúde passa a ser disseminada na América Latina e no Brasil, principalmente, a partir da Conferência de Alma-Ata (1978) que aborda o conceito de Atenção Primária em Saúde com incentivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A disseminação desta lógica de atenção em saúde promove debates por parte da sociedade e gestão sobre outras propostas de organização da saúde como o PREV-SAÚDE², discutido durante a VII Conferência Nacional de Saúde, que teve apoio por pressão do INAMPS para sua implantação.

Com a articulação dos movimentos sociais por mudanças no modelo de assistência previdenciária, foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), ligado ao INAMPS. A partir desta entidade, foi possível o investimento na construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS), através do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS)³, criada em 1983,

1 “Programa que foi criado com a finalidade de extensão da cobertura dos serviços de saúde prioritariamente nas zonas rurais e pequenas cidades do interior do país. Teve sua implantação em algumas comunidades da região nordeste, seguindo-se os mesmos princípios preconizados pela atenção primária à saúde” (AGUIAR, 2015, p.33)

2 “Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – que visava uma reorientação do sistema vigente, através de uma integração entre os dois ministérios (Saúde e Previdência Social) e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Propunha-se a extensão da cobertura dos serviços a toda população, com ênfase na atenção primária à saúde e na participação comunitária” (Ibid, p. 33)

3 “O programa tinha como objetivo articular todos os serviços de saúde que prestavam assistência à saúde da população de uma região e integrar as ações preventivas e curativas com vistas à integralidade da atenção. Através das AIS, o INAMPS repassava 10% de sua arrecadação para as Secretarias Estaduais de Saúde, propiciando a expansão dos serviços de saúde de atenção básica.” (Ibid, p. 34)

como resposta dos governos federal e estaduais as reivindicações dos movimentos populares, por exemplo, o “movimento de saúde” em São Paulo. Por meio deste programa os governos realizam convênio junto ao Ministério da Saúde e da Previdência Social para receber recursos que eram, então, repassados aos municípios para construção de UBS e contratação e capacitação de recursos humanos.

A partir de 1970, diante deste contexto da saúde no Brasil e das repressões e arbitrariedades da Ditadura, emerge um movimento de pessoas com interesse de realizar mudanças desta realidade. São estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, além da comunidade que realiza este movimento, chamado Reforma Sanitária Brasileira (RSB) com o objetivo de combater os problemas de organização da saúde e democratizar o acesso ao sistema de saúde. A Reforma Sanitária, também ficou conhecida como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde e contou com o apoio da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), além de entidades comunitárias, profissionais e sindicais.

Paim (2007) realiza uma importante retomada deste momento da história da saúde, compreendendo que o questionamento a respeito de um sistema de saúde ineficiente se amplia com o debate entre estudantes, profissionais da saúde e intelectuais no contexto de distensão política no governo de Geisel em 1974, oportunizando a redemocratização do Brasil de forma “lenta, segura e gradual”. Neste sentido, são criadas diversas instituições com o foco de debater a saúde no país, no âmbito popular, surge o Movimento Popular de Saúde (MOPS), no estudantil, a Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC) com produções que dão embasamento teórico para as reflexões sobre a saúde. Já no âmbito profissional, surge o Movimento de Renovação Médica (REME) com a mobilização de médicos residentes, e no segmento intelectual destacam-se os departamentos de Medicina preventiva e social, escolas de saúde pública e pesquisadores vinculados a SBPC.

Os movimentos nesses setores são importantes para a criação da CEBES em 1972 durante a 32ª reunião anual da SBPC na Universidade de Brasília (UnB), com o

debate sobre a democratização da saúde. Os integrantes da CEBES constituíram o movimento pela democratização da saúde, tendo como referências as produções acadêmicas da saúde coletiva. Esta instituição passa a promover debates sobre saúde, tendo como meio de publicações a Revista Saúde em Debate, cujas primeiras edições demonstram o princípio de saúde para todos, bem como menções à expressão reforma sanitária. O debate desse tema perpassa concepções marxistas sobre a sociedade e a reforma sanitária passa a ser vinculada às atividades da CEBES. A Reforma Sanitária ao ser configurada ilustra que “ideia pode desencadear movimento capaz de apresentar proposta que se torna projeto e processos” (PAIM, 2007, p. 78-79)

Para além de movimento, a Reforma Sanitária foi um projeto em meio a transição de modelos de proteção social, do seguro social à seguridade social, sendo este último intrínseco ao processo de constituição da saúde enquanto um direito, sendo, então, uma das propostas deste projeto. A reforma Sanitária compôs um “tecido social” que aglutinou, na década de 80, um novo sindicalismo e movimentos reivindicatórios com a construção de uma frente partidária de oposição ao contexto ditatorial vigente, em prol de uma reorganização institucional. Além disso, o projeto da Reforma Sanitária ocorre em um contexto de crises e possui como bases a concepção de saúde coletiva e os determinantes sociais de saúde com a articulação entre teoria e prática. Neste sentido, a Reforma Sanitária Brasileira é um projeto que promoveu a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, que implica em mudanças cultural, política e institucional para a viabilização da saúde como um bem-público (FLEURY, 2009).

Outros autores retomam a reforma sanitária ao realizarem a análise dos problemas que permeia o SUS na conjuntura atual, considerando a importância deste movimento quando ainda se idealizava um sistema de saúde universal com debates a respeito de sua organização, princípios e diretrizes. Ocké-Reis (2017) aponta para uma reflexão a respeito da contradição no campo da saúde em que de um lado apresenta-se a saúde como direito social e de outra a sua privatização. Neste sentido, embora a reforma sanitária tenha proposto uma política de saúde com base no modelo Beveridgiano inglês, o campo da saúde passa a se assemelhar ao modelo liberal

estadunidense com a privatização de serviços e o subfinanciamento da política pública, bem como problemas de gestão e de controle social. Esta realidade apresenta desafios da reforma sanitária na atual conjuntura, constatando-se quatro desafios enquanto desafios estratégico, teórico, político e pragmático.

O desafio estratégico parte da concepção de que a saúde é prioritária para os/as cidadãos/ãs que não podem arcar com gastos em saúde, constituindo o SUS a partir da “estratificação da clientela”, em contraposição ao princípio de universalidade. O desafio teórico evidencia a dificuldade de se articular o direito social à saúde a percepção da relação capital-trabalho e da produção das desigualdades sociais constituintes do modo de produção capitalista. Já o desafio político, aponta para a necessidade de reconstruir uma base de apoio social para a ruptura com a hegemonia institucional e ideológica a partir do diálogo com movimentos sociais, trabalhadores, e sindicatos tendo em vista o fomento de reformas sociais e a transição para um projeto societário que promova a igualdade. Por fim, apresenta-se o desafio programática, refletindo a respeito de mudanças institucionais, com o aumento do financiamento do SUS, tendo em vista a redução de subsídios para os planos de saúde privados e mudanças referentes ao artigo 199 da Constituição Federal de 1998 que aponta a saúde como livre a iniciativa privada (OCKÉ-REIS, 2017).

Nesta mesma linha de pensamento, Campos (2018) aponta críticas ao modo como o SUS vem se efetivando, com problemas na gestão, na ambiência, no acesso dos usuários aos serviços e ações, bem como, com os trabalhadores. O acesso universal ao SUS, mesmo aos 70% da população que dependem desta política pública, ainda está longe de ser alcançado como foi idealizado em sua proposta (na reforma sanitária).

Estas reflexões remetem a importância do movimento sanitário que expressou em 1979 no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Neste evento, foi apresentado o documento “A questão democrática na área da saúde” formulado pelo CEBES, que representa a primeira proposta de democratização do acesso à saúde. O fortalecimento e a ampliação da RSB ocorrem com a criação da ABRASCO e com outras mobilizações como as Diretas Já, resultando na proposta de “reviravolta da saúde”.

A VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 representa um momento expressivo para a RSB, pois lançou o seu projeto e propostas à população, a partir de três eixos: “saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de saúde e financiamento do setor saúde” (PAIM, 2007, p. 92). Neste encontro são apontadas as reflexões a partir de debates teóricos produzidos no meio acadêmico, bem como o texto da ABRASCO “Pelo Direito Universal da Saúde” (1985), reconhecendo o contexto adverso de crise econômica e a oposição de companhias de seguradoras privadas à políticas de saúde do Estado. O principal representante deste evento foi o renomado sanitarista Sérgio Arouca, com contribuições importantes para a formação de um panorama para a construção de uma política de saúde universal. Esta conferência buscou apresentar a análise política, fundamentações teóricas, o projeto de sociedade e as estratégias do movimento para a reorientação da saúde.

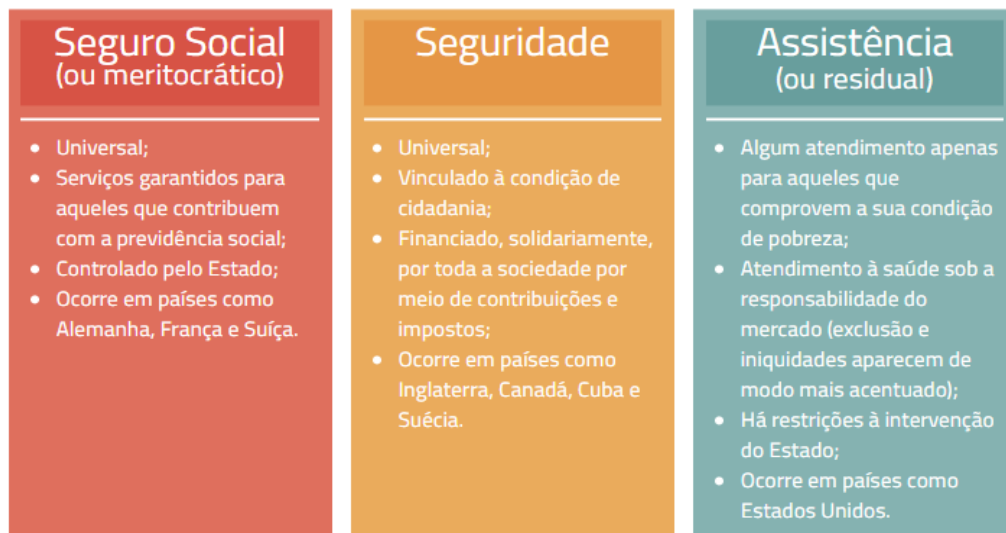
A conferência apresentou uma posição importante sobre a saúde, com o reconhecimento de que a saúde é uma política social sendo um direito de todos e de responsabilidade intransferível. Além disso, destaca-se que o Perfil de saúde da população brasileira depende de condições vinculadas a estrutura da sociedade, destacando-se, assim os determinantes sociais de saúde e a necessidade da política de saúde estar atrelada a outras dimensões como seguridade social, educação entre outras políticas sociais. (PAIM, 2007)

O relatório final da Conferência delineou o capítulo que se refere à saúde na Constituição Federal de 1988, e posteriormente, o desdobramento das leis orgânicas de saúde que implantaram o Sistema Único de Saúde. Até que houvesse a implantação do SUS foram adotadas medidas de transição, com o objetivo de integrar as ações e unificar os serviços de saúde, que foram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)⁴.

4 Sua implantação promoveu a estadualização do INAMPS, sendo suas estruturas agregadas às secretarias de saúde dos estados que concentraram as decisões de repasses aos municípios, muitas vezes, por interesse político-partidário (AGUIAR, 2015)

As conferências internacionais, como a de Alma-Ata, culminaram na configuração de sistemas de saúde em vários países, desse modo, assim como no Brasil o modelo de seguridade social se reproduz em outros lugares. Neste sentido, segundo Paim (2015), os sistemas de saúde assumem os tipos de proteção social adotados no país, podendo ser classificados em seguridade social, seguro social (meritocrático) ou assistência (residual), cujas características e exemplos de países são expressados na figura 2.

Figura 2 – Tipos de sistema de saúde.



Fonte: PAIM, 2015, p. 17

Segundo Paim (2015), ao fazer referência ao Sistema Único de Saúde conceitua sistema de saúde como um conjunto de agências e agentes com o objetivo de promover, proteger a recuperar a saúde dos indivíduos e populações. As agências são organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, e os agentes são os profissionais e trabalhadores da área da saúde. Para o autor, promover a saúde significa estimular a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades, o que implica condições de educação, lazer, atividade física, alimentação, entre outros. Quanto a proteção da saúde se refere a redução ou eliminação de riscos por meio de vacinação, combate a agentes transmissores de doenças, acesso a boa qualidade de alimentos e água, medicamentos, entre outras medidas. Por fim, a

recuperação da saúde remete a diagnóstico, tratamento e limitação de danos por meio de atenção à saúde na comunidade e assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

A seguridade social enquanto modelo de proteção social para o SUS, apresenta a característica de acesso universal a todos/as cidadãos/ãs e seu financiamento ocorre a partir do poder público, embora seja livre à iniciativa privada. O SUS, como um sistema, se constitui de partes que estão integradas para a sua efetivação, com ações de saúde e serviços interligados por meio de redes de atenção à saúde. Neste sentido, assume-se o seguinte conceito do SUS.

O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes. (PAIM, 2015, p.35)

A Lei 8.080 e a Lei 8.142 de 1990 são as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) que instituem o SUS enquanto política pública de saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. É por meio destas leis que se pode compreender a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que é norteado por princípios e diretrizes.

A construção deste sistema não partiu apenas do interesse do Poder Público, ele surge, principalmente, de um movimento da comunidade, de profissionais, de gestores, e de estudantes da área da saúde, denominado de Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Neste sentido, para a melhor compreensão de como se constitui o SUS e a saúde no Brasil, atualmente, é importante a retomada histórica da saúde pública no Brasil, compreendendo como ela vem se delineando no decorrer do tempo até sua configuração como política pública de acesso universal e gratuito e de gestão democrática.

O SUS carrega em sua organização um histórico de transformações da saúde pública no Brasil e de lutas de pessoas e movimentos sociais em prol da democratização do acesso à saúde. Sua implantação ocorre por meio das Leis

Orgânicas da Saúde, Lei 8.080 e Lei 8.142, tornando oficial os princípios e diretrizes do SUS e promovendo a organização de um sistema de saúde de acesso igualitário e universal.

A Lei 8.080 foi aprovada em agosto de 1990 e apresenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de regular as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito nacional. Esta Lei institui o SUS enquanto uma política pública de saúde já apontada na Constituição “Cidadã” de 1988, afirmando as diretrizes do sistema único no artigo 198 como: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. ” (BRASIL, 1988). Esta última diretriz é amparada pela Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, por meio dos fundos de saúde do Conselhos Municipais de Saúde. Ainda, a Lei Orgânica nº 8.080 reafirma estas diretrizes apontando a sua constituição a partir de um conjunto de ações e serviços de órgãos e instituições públicas das três esferas de governo, bem como de fundações mantidas pelo Poder Público, além da iniciativa privada em caráter complementar. Ademais, as diretrizes são apresentadas no conjunto de princípios do SUS.

Ressalta-se a universalidade como princípio central, além de outros princípios que embasam o SUS para direcionar as ações e serviços em prol da equidade em saúde. Assim, o acesso ao SUS deve ser de todas as pessoas, independente de sexo, idade, etnia, raça ou classe social, priorizando os que mais necessitam com a finalidade de alcançar a igualdade do direito à saúde. Para isto, a administração do SUS é descentralizada sendo direcionadas as atribuições de ações e serviços para cada esfera de governo, união, distrito federal, estados e municípios como afirma a diretriz. Privilegia-se, nesta perspectiva, as realidades no âmbito local, reconhecendo e valorizando as demandas de cada região devido a diversidade regional que existe no Brasil e promovendo a atenção integral a saúde que também se constitui de uma diretriz reafirmada no conjunto de princípios do SUS. Desta forma, são apresentados quanto princípios do SUS, a partir da Lei nº 8.080 o que se segue:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.(BRASIL, 1990)

De outra forma, Aguiar (2015, p. 50) afirma que Roncalli (2003) aponta para duas naturezas de princípios, que são doutrinários e organizativos do SUS. Os primeiros se referem a ideias filosóficas que envolvem a criação e a implementação do SUS, e implicam no conceito ampliado de saúde e no direito à saúde instituídos formalmente. Desta forma, a partir do histórico de constituição da política pública no Brasil, percebe-se que estiveram interligados à criação do SUS a partir do movimento sanitário os princípios de universalidade, na qual todos tem direito ao acesso à saúde; de equidade, considerando as desigualdades sociais e iniquidades de acesso à saúde, assim, as diferenças deve ser lidadas de formas diferentes, tendo como parâmetro a igualdade; e a integralidade da atenção, que considera o indivíduo como um todo, articulando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção.

Os princípios organizativos do SUS são aqueles que orientam o funcionamento do sistema de saúde e, então, complementam, os princípios doutrinários, são eles: a descentralização, a regionalização e a hierarquização, e a participação e controle social. São princípios essenciais para o alcance das ações e serviços de saúde ao indivíduos e famílias aonde moram. Neste sentido são estruturadas a partir da descentralização a redistribuição de responsabilidades entre os níveis de governo federal, estadual, e municipal, atribuindo a cada um, seus poderes de gestão nas ações e serviços de saúde. Ressalta-se, nesta perspectiva, o processo de municipalização, essencial para a compreensão das demandas e necessidades local, a partir da construção de uma rede de atenção em saúde regionalizada e

hierarquizada, tendo em vista a diversidade territorial existente no Brasil para se alcançar a universalidade e integralidade da atenção.

Municipalizar a saúde, portanto, significa reconhecer o município como principal responsável pela saúde da população. Exige-se para tanto que recursos financeiros sejam repassados para as cidades, de modo que os gestores municipais exerçam com autonomia e de forma plena as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, avaliação e controle sobre recursos, assim como, sobre as ações e serviços de saúde de seu território (AGUIAR, 2015, p. 73).

Desta forma, destaca-se a regionalização ou formação de rede regionalizadas e hierarquizadas como um processo que deve ser organizado com a articulação entre os municípios e entre as três esferas de governo, perpassando o reconhecimento sobre as realidades de saúde locais, para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS instituídas nos anos 90 definiram as diretrizes para implantação das redes regionais de saúde, com a execução de ações pelos municípios. A constituição da regionalização é reforçada por meio das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), associando a estratégia de redes regionalizadas aos territórios, com a distribuição dos serviços e ações permeados por estruturas e conceitos para sua efetivação. Os serviços de saúde são disponibilizados conforme a hierarquização da rede, na qual são estabelecidos níveis de atenção à saúde a partir da complexidade, sendo denominadas de atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde. A percepção de complexidade não se confunde com o grau de importância na rede de atenção, mas sim, com a densidade tecnológica necessária para o funcionamento destes serviços.

A Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se mais próxima dos territórios, e, assim, aproxima-se dos indivíduos, das famílias e comunidades, identificando suas necessidades de saúde⁵. Evidencia-se, assim, o território como base do sistema de

⁵ As necessidades de saúde não são apenas biológicas, ou individuais, são, conforme a percepção da saúde coletiva, produzidas socialmente e heterogêneas sejam no âmbito individual ou coletivo. A identificação das necessidades de saúde torna os serviços de saúde mais eficientes, considerando que

saúde, e espaço concreto onde ocorre as interrelações e os modos de vida de uma população específica, interagindo com os determinantes do processo saúde-doença e cuidado, bem como com as estruturas dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Gondim (2007) aponta para a comunicação dialógica com os indivíduos, grupos e instituições para o reconhecimento de situações no âmbito social, biológico, político e econômico que pode suscitar à exposição de situação de riscos à saúde. Neste sentido, os agentes comunitários de saúde (ACS), possuem papel importante na identificação destas situações, por estarem próximos aos indivíduos no território pelo qual se responsabiliza, mantendo uma ação comunicativa com a manutenção de laços e trocas de conhecimentos.

Portanto, ressalta-se que a aproximação dos serviços de saúde com os indivíduos e comunidades é primordial para o funcionamento do SUS a partir da identificação das demandas de saúde, bem como, da realidade local de saúde. Efetiva-se, com isso, a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas a partir do processo de municipalização na gestão do SUS, com a separação de regiões de saúde a partir do pacto com os municípios, cujas demandas são levantadas e debatidas entre as três esferas de governo, para que cada uma realize suas funções estabelecidas com a responsabilização por uma saúde gratuita, universal e com atendimento integral aos/às cidadãos/ãs.

2.3 O VER-SUS COMO PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Com a criação e implementação do SUS, houve a necessidade de formação de trabalhadores qualificados para atuarem nos serviços e ações deste sistema de saúde. Neste sentido, o artigo 200, inciso III da Constituição Federal de 1988 aponta que dentre as competências do Sistema Único de Saúde cabe, “III - ordenar a

os sujeitos estão inseridos em modos de produção e reprodução social a partir da apreensão da realidade objetiva e subjetiva intrínseca aos indivíduos. A apreensão dessas realidades é inerente ao cuidado em saúde (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

formação de recursos humanos na área de saúde”. A partir desta normativa, o Ministério da Saúde cria a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), mais especificamente o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), para a implementação de uma política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS, que em 2004 foi instituída como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Inicialmente, esta política foi identificada como EducarSUS que culminou em um documento denominado “EducarSUS – Notas sobre o Desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004” e proporcionou subsídios para o desenvolvimento da educação permanente em saúde.

Diante deste contexto, em 2004 o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação se articularam para o lançamento da cartilha “AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde” que se constituiu de um conjunto de estratégias com o objetivo de estabelecer uma relação de cooperação entre as Instituições de Educação Superior (IES) e o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as estratégias destaca-se a sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde (BRASIL, 2004). Nesta perspectiva, o DEGES aponta como prática inovadora o seguinte:

construção da aproximação com o movimento estudantil na área da saúde para a montagem de vivências e estágios na realidade do SUS, com o objetivo de proporcionar aos estudantes experiência e familiarização com o sistema de saúde desde a sua gestão (fatores de estrutura, condução, avaliação e controle social).⁶

Neste documento, o Ministério da Saúde institui que a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação para o SUS, criada pela Portaria nº 623 de 2005, passa a realizar o acompanhamento do VER-SUS/Extensão Universitária. Esta Comissão é composta pelos seguintes instituições ou representantes: Ministério

6 Trecho retirado do Folder “VER-SUS BRASIL: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde/ Componente Extensão Universitária no SUS” do Ministério da Saúde

da Saúde; Ministério da Educação; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Fórum de Pró-Reitores de Extensão; Fórum de Pró-Reitores de Graduação; Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (com destaque para a Rede Unida de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde); Movimento Estudantil da Área da Saúde; e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Embora o VER-SUS tenha sido oficializado no âmbito nacional em 2005, o projeto-piloto desta experiência ocorreu anteriormente no Rio Grande do Sul. Diante da necessidade de novas concepções para a formação em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde, a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) a partir do órgão da Secretaria do Estado da Saúde (SES/RS) em conjunto com a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde promoveram em 2002 dois projetos de educação na saúde: o Projeto Escola Verão e o Projeto Vivência-Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS/RS).

A articulação com os estudantes na construção destes projetos como estratégias para a formação de profissionais capacitados para SUS, mostrou o comprometimento do movimento estudantil na transformação da educação na saúde, tendo como foco a busca pelas demandas da população. Ceccim e Bilibio (2004) abordam a organização do movimento estudantil neste viés.

Os estudantes universitários organizados no Movimento Estudantil vêm atuando em diferentes frentes de trabalho para potencializar a presença dos estudantes na busca de uma formação profissional mais comprometida com as reais demandas da população, pela defesa do SUS e outras importantes reivindicações sociais, mas segue hegemônica entre os estudantes a orientação pela prática clínica assistencial, pelas práticas de prevenção e pela atenção primária/saúde comunitária. (CECCIM; BILIBIO, 2004, p. 12)

Diante da marcante presença dos estudantes neste contexto, a Direção Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM) junto com a ESP/RS criaram o Projeto Escola de Verão. Este projeto partiu da solicitação, em 2001, do DENEM para a ESP/RS de apoio para a realização do V Estágio Nacional e I Encontro Regional de

Vivência no Sistema Único de Saúde. Assim, a Escola de Verão que contemplou estes dois eventos ocorreu em 2002, em quinze dias e contou com o apoio da ESP/RS, da SES/RS e da Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs). Participaram, neste momento, apenas estudantes de Medicina, contabilizando a participação de cinquenta e seis estudantes.

No mês de julho de 2002 ocorreu a primeira edição do VER-SUS de forma ampliada se comparada ao Projeto Escola de Verão, a partir do apoio da Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil da ESP/RS, do Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc), dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) das dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (CRSSES/RS), a Amrigs, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO/RS), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN/RS) e docentes das IES/RS. O VER-SUS ocorreu em nove dias e inovou quanto aos aspectos de construção a partir da coletividade entre diversas instituições e entidades representativas, e quanto a participação de diversas profissões da saúde dentre as 14 existentes, caracterizando a multiprofissionalidade do projeto. Esta primeira edição contou com a participação de 112 estudantes em que ao final do projeto cada um realizou a sistematização das suas experiências em formato de relatório.

Desta forma, o VER-SUS é um projeto oficializado pelo Ministério da Saúde em 2004, quando houve a primeira edição do VER-SUS Brasil, a partir de seu histórico de construção junto ao movimento estudantil e tem como objetivo propor uma mudança no modelo de formação para a saúde. Isto se deve a permanência hegemônica de uma formação a partir do modelo flexneriano, proposto por Abraham Flexner, que prevaleceu em instituições privadas nos Estados Unidos e tem como centralidade a concepção biomédica. No entanto, o Sistema Único de Saúde requer uma formação voltada para as demandas reais da população para que se efetivem ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Neste sentido, o VER-SUS é agregado a extensão universitária, promovendo a interação entre saberes populares e científicos, além de propor a aproximação entre ensino e serviço, através do contato dos estudantes com comunidades, serviços e órgãos de gestão de saúde e de controle social.

Nesta perspectiva, para que se efetive este projeto são adotados princípios pelo Ministério da Saúde, representado pelo DEGES. Os princípios norteiam a construção e orientação das vivências, e se referem a: adoção de ações horizontais entre a universidade, os sistemas de saúde e os movimentos sociais; a interdisciplinaridade; e a articulação entre pesquisa, ensino e extensão para produção de novas práticas pedagógicas e de saúde. Além disso, aponta-se para os eixos do VER-SUS, que estão de acordo com a educação em saúde conforme as reflexões já realizadas.

O VER-SUS tem como eixos principais propiciar oportunidade aos participantes para vivenciar conquistas e desafios inerentes ao SUS e aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação e controle social. Propicia, também, discussões sobre a importância dos movimentos sociais, principalmente o movimento estudantil (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008, p. 257).

O VER-SUS na sua modalidade inicial foi perdendo, aos poucos, suas características, até que em 2011 foi organizado um novo Projeto VER-SUS/Brasil com a rede parceiros do Ministério da Saúde. Em janeiro e fevereiro de 2012 ocorreu a primeira edição neste novo formato como uma experiência piloto que contemplou mais de 915 estudantes, 9 estados e 70 municípios. O projeto passou a ocorrer duas vezes no ano no período de verão e de inverno, sendo que em 2012 houve a segunda edição no mês de julho, com a participação de 1.640 estudantes de todo o país. (FERLA; et al, 2013)

Esta proposta de estágio no âmbito da saúde partiu da proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde /UFRGS, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a União Nacional dos Estudantes (UNE), o Conselho de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e o apoio da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). A organização do VER-SUS conta com a articulação de entidades estudantis no âmbito local, regional e nacional, sejam Diretórios Acadêmicos (DAs) e Centros Acadêmicos (CAs) dos cursos da saúde, Diretórios Centrais de Estudantes (DCE), as Uniões Estaduais de Estudantes (UEE), e a União Nacional de Estudantes (UNE).

A proposta metodológica do VER-SUS foi construída a partir de influências de outros movimentos de estágios de vivência, principalmente aqueles realizados na década de 1980 por executivas das áreas rurais, como a Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil (FEAB) e a Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária (ENEV). Esta articulação estudantil culminou em Estágios de Vivências (EV) e os Estágios Interdisciplinares de Vivência (EIV), que visavam a aproximação entre a educação acadêmica e a realidade social, cultural, econômica e política no meio rural e tinham o apoio do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST). Porém, existe uma diferença significativa entre estas propostas para além das suas especificidades, que é a aproximação dos estudantes com a rede de serviços do SUS.

Pelos dados analisados é atribuído movimento estudantil - inicialmente com a FEAB seguido pela DENEM - atribui-se a proposição metodológica dos estágios de vivência como aposta na aproximação dos estudantes às realidades sociais possibilitando espaços de reflexão e construção de “olhares” acerca destas realidades e a participação de processos de aprendizagem participativa. Estes estágios, no tocante ao SUS, surgem pela pactuação do movimento estudantil com algumas Secretarias Municipais de Saúde as quais permitem a entrada dos estudantes na rede de serviços (FERLA; et al, 2013, p. 11).

Diante desta aproximação com a gestão da saúde e da educação permanente em saúde para que ocorra o VER-SUS, é construído um projeto de extensão com articulação entre o movimento estudantil e os serviços e órgãos de saúde no âmbito municipal e com o apoio das Instituições de Ensino Superior (IES). Este projeto é submetido à Rede Unida (Associação Brasileira Rede Unida) que pode contribuir com apoio financeiro e de materiais para efetivação, além de realizar a abertura de edital para a seleção e participação dos estudantes de todo o Brasil, nas modalidades de vivente ou facilitador. As pessoas envolvidas na organização da vivência, geralmente um grupo de estudantes, formam a Comissão Político Pedagógica (CPP) e contam com o apoio da Coordenação Nacional do Projeto VER-SUS. O processo seletivo para participar do VER-SUS é anunciado pelo meio da plataforma do Observatório de Tecnologias em Informações e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde

(OTICS) que, também, armazena os relatórios e portfólios submetidos pelos estudantes ao final das vivências.

As vivências ocorrem no modo de imersão total, em que os estudantes convivem por um período que pode variar de oito a quinze dias, durante vinte e quatro horas no dia, utilizando-se de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e o contato com as realidades sociais e serviços de saúde. Neste sentido, aponta-se para a perspectiva problematizadora desta vivência.

Com a finalidade de aproximar os estudantes das diversas realidades sociais o movimento estudantil propôs os estágios de vivência, como alternativa de prática da formação que utiliza a metodologia problematizadora. Os estágios se caracterizam por permitir espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades, de modo que os mesmos possam refletir sobre as ações sociais ali desencadeadas com base nas realidades vividas. Apresentam característica de imersão, na qual determinado grupo de estudantes convive por um período de tempo (aproximadamente 15 dias) em um mesmo espaço físico, com a expectativa de que a cotidianidade imprima uma marca fundamental à vivência. Este processo utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, facilitadas por um estudante qualificado previamente por experiência de estágio de vivência ou por envolvimento nas causas sociais do movimento estudantil. (FERLA; et al, 2013)

Para melhor compreender de que forma se dá a construção de uma educação na saúde a partir da aproximação com os saberes populares, constituem as vivências perspectivas teóricas diversas e complementares. Neste processo, evidencia-se o método pedagógico utilizado durante a vivência que é inspirado no Movimento de Trabalhadores Sem Terra (MST), denominado método Josué de Castro. Além disso, ressalta-se a educação popular com suas reflexões a respeito da educação libertadora, tendo como referência Paulo Freire. Esta vertente teórica é intrínseca ao processo formativo do MST e é retomada na educação em saúde, pelos seus valores e o princípio da construção do conhecimento coletivo.

2.3.1 O método de organização do VER-SUS

As experiências no projeto VER-SUS estão amparadas no método pedagógico Josué de Castro desenvolvido pelo Instituto de Educação Josué de Castro (IEJC) que

pertence ao Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária (ITERRA). O IEJC tem sua sede em Veranópolis, Rio Grande do Sul, e dele participam educadores e educandos comprometidos com a educação do campo e orientados a partir dos princípios do método pedagógico utilizado no Movimento Sem Terra (MST). Este método vem sendo desenvolvido desde 1989 e foi, então, expresso em 2003 por meio de um documento escrito denominado de “Método Pedagógico” realizado pelo Coletivo Político Pedagógico do Instituto. Neste sentido será apresentado nesta seção o método a partir de seu cerne no IEJC tendo em vista os valores e práticas do MST e, então, a relação do método pedagógico com o VER-SUS a partir das vivências e estágios na educação em saúde.

2.3.1.1 O método pedagógico a partir do IEJC

O método pedagógico Josué de Castro possui um caráter de construção e movimento, ou seja, não está acabado em si e finalizado, nem se detém a dar orientações ou dizer o que fazer, ao contrário pode passar por mudanças e receber novas ideias e tem como base a ciência dialética. Destaca-se, assim, que o método é o “caminho” e não a “receita”. Nesta perspectiva, o método pedagógico não é um dogma, mas possui diretrizes e princípios a partir de uma construção coletiva para o alcance de objetivos comuns, orientados para a transformação da sociedade e a construção de um novo projeto societário, com uma postura de questionamento.

São apresentadas duas naturezas de princípios, os filosóficos e os pedagógicos. Os primeiros se referem a concepções em relação à pessoa humana, à sociedade e a educação, compreendendo que para isso, o trabalho educativo tem como fundamentos, a educação voltada para a transformação social, o trabalho, a cooperação, dimensões da pessoa humana, valores humanistas e socialistas, e tem em vista a educação como um “processo permanente de formação e transformação humana”. Os princípios pedagógicos se referem ao modo de fazer e pensar a educação que se expressam como: a relação entre a prática e a teoria; formação de metodologias com articulação entre processos de ensino e de capacitação; a produção do conhecimento com base na realidade; os conteúdos formativos devem

ser socialmente úteis; a educação voltada para o trabalho e pelo trabalho; o vínculo orgânico entre processos educativos e processos políticos, entre processos educativos e processos econômicos, e entre educação e cultura; compreensão sobre os princípios do MST; gestão democrática; auto-organização dos/as estudantes; formação de coletivos pedagógicos e formação permanente dos educadores; a atitude de pesquisa; a relação entre processos pedagógicos coletivos e individuais.

Neste sentido, a educação a partir deste método pedagógico deve se dar por meio do movimento da realidade e sua relação com as percepções teóricas que sustentam os objetivos desta educação. Com isso, o método Josué de Castro possui como bases as seguintes posições: a educação popular a partir de Paulo Freire; uma formação político-ideológico com direção para os interesses dos trabalhadores e a transformação social, cujas percepções teóricas são Makarenko, e Marx; o trabalho e economia, a partir de um tempo e espaço, cujas referências são Pistrak, Makarenko e Marx; a coletividade como forma de interação a partir dos pressupostos de Makarenko; a capacitação a partir da compreensão de que se deve “aprender fazendo”, a partir de Clodomir Santos de Moraes; e a Pedagogia do Movimento, cuja referência é Caldart (2000) e busca pela compreensão da formação de sujeitos sociais a partir da luta social, que tem como lugar o Movimento Social Popular (MSP).

A autora Roseli Salete Caldart, traz contribuições importantes sobre o processo histórico do MST, bem como a construção de valores de um movimento social de luta pela terra com a proposta de pedagogia que faça a articulação entre a prática dos trabalhadores do campo e o debate teórico. A educação do campo tem como proposta a transformação social, tendo como referência outro projeto societário a partir de pressupostos socialistas, sua pedagogia nasce da crítica a realidade da educação brasileira e da situação da educação dos trabalhadores do campo. Caldart (2009) aponta que a educação do campo não se confunde com educação rural, tendo em vista que seu surgimento está vinculado a diversas bandeiras de lutas e está atrelado a um contexto histórico, não podendo ser compreendida em si mesma. Além disso, traz a percepção do protagonismo para a escola do campo, destacando-se o ‘do’, pois construiu-se por meio da iniciativa dos trabalhadores e movimentos sociais do campo.

Diante desta perspectiva, a concepção de uma educação com bandeiras de luta, e com posição política, por meio da construção do movimento social concebe a Pedagogia do Movimento a partir do movimento do real dentro de uma historicidade e da realidade das contradições presentes na sociedade brasileira. A pedagogia do movimento possui como matrizes formadoras a luta social e a organização coletiva.

A radicalidade da Pedagogia dos Movimentos Sociais, afirmando que educação é mais do que escola..., vinculando-se a lutas sociais por uma humanização mais plena: luta pela terra, pelo trabalho, pela desalienação do trabalho, a favor da democratização do acesso à cultura e à sua produção, pela participação política, pela defesa do meio ambiente. (CALDART, 2009, p.43)

Neste sentido, a pedagogia se refere a pedagogia dos movimentos sociais e compactua com a reflexão teórica de outros autores como os pedagogos Pistrak e Makarenko que contribuem com uma concepção de escola onde o trabalho e as práticas produtivas são centrais (CALDART, 2000). Além disso, consiste como um pilar da pedagogia a dimensão de formação humana e emancipatória, tendo como referencial teórico Marx para abordar o vínculo entre educação e trabalho e a concepção de práxis. Ademais, aponta-se a Pedagogia do Oprimido e a educação libertadora de Paulo Freire como vertente teórica para a compreensão da educação do campo e seus sujeitos históricos (CALDART, 2009).

A partir destas percepções sobre a pedagogia do movimento é retomado a formulação do método pedagógico Josué de Castro nesta perspectiva, tomando-o como um caminho e não uma receita. Assim, destacam-se seus elementos como: o trabalho; a gestão democrática, tendo a vista a construção e uma democracia social, diferente do que se tem hoje enquanto democracia do estado burguês; a organicidade, a partir da criação de grupos ou comissões que se complementam e formam um todo (organismo); a coletividade, como forma de substituir o individualismo e surge como um instrumento de contato com as diversas personalidades a partir de objetivos comuns e definidos;

Na construção deste método como um movimento da realidade, constata-se a importância do “Ambiente educativo” que se evidencia como concretização do

movimento pedagógico que está sustentada na Pedagogia do Movimento. Este ambiente representa o local de educação que deve ser enfeitado bem como as pessoas que estarão presentes ali. Também é o espaço em que os educadores ao mesmo tempo que estão colocando intencionalidade no cotidiano das práticas para a realização do projeto pedagógico, estão se colocando enquanto educandos neste processo de ensino-aprendizado. Trata-se, assim, da ação consciente e refletida dos educadores em um espaço em que ocorre a interferência pedagógica em situações e relações para provocar o aprendizado. Isto não significa estancar o processo de conhecimento, e, sim, possibilitar escolhas e resoluções de situação problemas a partir da reflexão e problematização. Desta forma, neste processo ocorre a criação e dinamização do ambiente educativo com o objetivo de realizar a formação humana de acordo os princípios do método.

Neste processo educativo e no cotidiano das práticas existe a organização de tempos educativos que constituem a “Engenharia Social” do método pedagógico, assim sendo, um dos elementos básicos para a configuração deste processo pedagógico. A divisão do dia em tempos educativos se justifica pelo intuito de criar um impacto cultural a partir do exercício do controle cronológico que a interação social impõe, em substituição ao espontaneísmo, abrindo espaço para o questionamento. Outra justificativa é a construção de uma educação que está para além da sala de aula, em outros espaços para a formação humana. Nesta configuração, os educandos aprendem sobre organização pessoal e do coletivo e compreendem o sentido da responsabilidade dentro desta coletividade em que os tempos educativos estão interligados.

No IEJC existem vários tempos educativos dos quais destacam-se, neste trabalho, dois deles que são o Tempo Trabalho e o Tempo Núcleo de Base (NB) que serão melhor explicados posteriormente quando for abordado a experiência do método Josué de Castro no VER-SUS.

Por fim, destaca-se neste processo pedagógico as místicas que são próprias da construção do MST construindo a identidade deste movimento tão importante para a reforma agrária no Brasil. As místicas se expressam por meio da poesia, do teatro,

da expressão corporal, de palavras de ordem, da música e outras simbologias que representam a identidade coletiva em momentos do cotidiano.

2.3.2 A educação popular na formação para o SUS

Os conceitos abordados até então no que remete à saúde como direito, o Sistema Único de Saúde e a educação em saúde estão em constante interação entre si e entre os saberes populares. Neste sentido, destaca-se a educação popular como parte integrante desta correlação, não na busca de um conceito definido e acabado em si, mas como uma proposta de construção coletiva por meio do diálogo, considerando-se o compartilhamento dos conhecimentos e saberes, sem a imposição de um saber hegemônico.

A educação popular não é um método inventado por alguém, trata-se de uma concepção sobre a educação para além da educação formal, que vem sendo construída a partir de movimentos populares com a intenção de contemplar os saberes de vida e cultura que não estão presentes no ensino institucionalizado. Para Brandão (2017) a educação popular não é um modelo único e paralelo de prática pedagógica, é um domínio de ideias e práticas regidas pela diferença, reconhecendo-se nesta diferença a distribuição desigual dos saberes.

Nesta perspectiva, o sentido da educação popular está atrelado a história da educação no Brasil (FELTRIN, 2017), em que aos poucos os saberes populares são superados pelo ensino agenciado, detentor do poder, e mantenedor da estrutura hegemônica na lógica da sociedade capitalista. O saber que antes era compartilhado na comunidade, enquanto saber comunitário, aos poucos passa a ser restrito em espaços cujo acesso é privilegiado. Constitui-se, assim, um saber erudito e dominante por meio da necessidade da especialização do trabalho, confinando o conhecimento em setores de saber. Neste sentido, nesta relação da educação ocorre a destituição do poder comunitário diante da dimensão total do saber necessário (BRANDÃO, 2017).

Os dois domínios de saber, o erudito e o popular, existem em relação mútua, percebendo, porém, que o saber popular não é produzido por meio de um saber

científico que foi levado a população e sim houve a constituição de um saber erudito antecedido por um saber de todos. Neste sentido, a relação entre estes saberes é constante quando um se vale do outro para se fortalecer, sendo o saber popular buscando o saber formal ou o saber erudito se constituindo de um saber comunitário.

Sendo assim, a educação popular está ligada aos saberes e às manifestações das comunidades inseridas em uma estrutura de desigualdades entre classes sociais.

Um saber da comunidade torna-se o saber das frações (classes, grupos, povos, tribos) subalternas da sociedade desigual. Em um primeiro e longínquo sentido, as formas – imersas ou não em outras práticas sociais – através das quais o saber das classes populares ou das comunidades sem classes é transferido entre grupos ou pessoas, são a sua educação popular (BRANDÃO, 2017)⁷.

Na década de 60 houve o fortalecimento da percepção dos saberes populares enquanto projeto pedagógico no Brasil, com o apoio de diversos movimentos sociais e de manifestações dentro das universidades, principalmente por meio do movimento estudantil. Destaca-se entre estes movimentos, o Movimento da Cultura Popular (MCP) em Recife do qual participava Paulo Freire, pedagogo de primordial contribuição para a educação popular, enquanto pedagogia libertadora.

Paulo Freire não inventou um método da educação popular, mas dentro desta perspectiva contribuiu por meio de um método para a alfabetização de adultos tendo como base a adoção de palavras geradoras que fizessem sentido para o cotidiano de vida dos indivíduos bem como a formação de círculos de cultura, desenvolvendo a valorização do saber popular e comunitário. Diante da ditadura militar, a partir de 1964, o MCP foi censurado e fechado e Paulo Freire exilado no Chile, onde permaneceu contribuindo com a educação, e recebendo reconhecimento mundial por suas obras e trabalho pedagógico (ARANHA, 2012).

Em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, Paulo Freire, inspirado em percepções marxistas, aponta para a sociedade a partir de classes sociais que se reproduzem em

⁷ Esta citação foi retirada de uma versão E-book sem referência de página. Sendo assim, este trecho encontra-se ao final da seção 2 “A divisão social do saber” do capítulo 3 “O processo geral do saber (A educação popular como saber da comunidade).”

meio a relações de contradição. Nesta realidade social as necessidades de uma classe dominante se sobressaem sobre outra classe oprimida, gerando privilégios para uns em meio a produção de desigualdades sociais no acesso à educação. Nesta perspectiva, destacam-se duas formas de pedagogia, a pedagogia dos dominantes e a pedagogia do oprimido. A primeira está vinculada a produção e reprodução desta estrutura de sociedade com a constante relação opressor-oprimido, cuja concepção de educação é a “bancária”, em que o professor “deposita” o saber sobre o educando que o recebe passivamente de forma verticalizada e autoritária. A segunda, confrontando-se à educação dominante busca por uma educação como prática da liberdade, cuja concepção é a problematizadora, instaurando-se uma relação dialógica, sendo o diálogo uma percepção de trocas e não de imposição. A educação libertadora só será eficaz se produzida pelos oprimidos, com a construção de uma pedagogia por meio da conscientização de sua situação e a politização para a libertação. Por meio da pedagogia do oprimido concebe-se um conhecimento crítico e reflexivo, em que se constata o constante desvelamento da realidade, com o intuito de transformá-la, enquanto que os sujeitos se percebem como seres atuantes e históricos neste processo (ARANHA, 2012).

Neste sentido, transferindo estas reflexões para a realidade da formação em saúde, percebe-se que os saberes populares dificilmente são reconhecidos pela educação formal que constrói relações hierarquizadas, verticalizadas e de exclusão nos serviços de saúde, distanciando os profissionais e o “pacientes”. Estas relações dentro das IES, passam de docentes para os estudantes e assim sucessivamente, dificultando a construção de uma nova formação voltada para a saúde a partir de uma percepção crítica sobre a realidade. Nesta perspectiva, Cortez e Souza (2017) apontam para a necessidade de uma formação profissional voltada para o SUS que compreenda o funcionamento social e esteja imbricada com a dialogicidade e intersubjetividades, a partir da construção de práticas de educação popular.

Em uma acepção comum, o sujeito está voltado para a realidade em um sentido de relação implicada e dialógica, questionando-se acerca de sua própria existência, do seu lugar do mundo e do seu papel na interação com os demais: é o sujeito vivente em constante experiência. (CORTEZ; SOUZA, 2017, p. 32)

Nesta perspectiva de formação em saúde, não há o propósito de transferência do conhecimento e sim pressupõe-se a tomada de consciência dos estudantes sobre o seu próprio processo de construção do conhecimento a partir de saberes compartilhados. Para Paulo Freire este conhecimento se expressa a partir da condição humana quanto sujeito.

Conhecer, na dimensão humana, que aqui nos interessa, qualquer que seja o nível em que se dê, não é o ato através do qual um sujeito, transformado em objeto, recebe, dócil e passivamente, os conteúdos que outro lhe dá ou impõe.

O conhecimento, pelo contrário, exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer, pelo qual se reconhece conhecendo e, ao reconhecer-se assim, percebe o “como” de seu conhecer e os condicionamentos a que está submetido seu ato. (FREIRE, 1983, p. 16)

Enquanto sujeitos protagonistas de suas histórias e realidades sociais, culturais, políticas e ideológicas, devem ser estabelecidas diálogos na construção do saber, considerando todos e todas enquanto sujeitos e não objetos. Considerar os indivíduos enquanto objeto significa que recebem passivamente o conhecimento que foi, anteriormente, demarcado em outro contexto. Neste sentido, Cortez e Souza (2017, p. 32) ainda contribuem sobre a percepção de sujeito.

Nessa condição, o sujeito é capaz de interagir e assumir uma postura compreensiva e investigadora diante da realidade, tal como preconizada pelos princípios de educação popular em saúde, ao passo que o profissional se volta para a realização da tarefa, como um objeto em si mesmo.

Neste sentido, a educação popular evidenciada no projeto VER-SUS compreende a percepção crítica da sociedade por parte dos estudantes acerca de diversas realidades com seus sujeitos. Desse modo, constroem-se conhecimentos que contribuem para o fortalecimento da concepção de saúde como construção coletiva, além da formação de profissionais com uma visão ampliada para atuarem no SUS.

3 METODOLOGIA

Para compreensão dos elementos de ensino-aprendizagem presentes no VER-SUS e sua relação com a educação popular foi realizada como metodologia a pesquisa documental a partir dos relatórios pessoais da autora deste trabalho no VER-SUS Santa Maria nos anos de 2018 e 2019.

Para que o VER-SUS ocorra, primeiramente é feito um projeto realizado por estudantes, professores e profissionais que já participaram desta experiência, e é, então, submetido a avaliação de instâncias da saúde e educação. No caso do VER-SUS Santa Maria, o projeto é encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) do município, já que ocorrem visitas aos serviços de saúde da cidade, e à Secretaria Executiva da Coordenação Nacional VER-SUS/Brasil, pertencente a Rede Unida.

A partir deste projeto a comissão organizadora aponta qual é a metodologia, as instituições e coletivos apoiadores, as atividades a serem realizadas e o cronograma, os objetivos e a justificativa, compreendendo os fundamentos que orientam esta experiência que se destaca por ser um projeto nacional e de extensão universitária. Constam como produtos da experiência do VER-SUS, os relatórios de vivências produzidos pelos estudantes participantes e pela comissão organizadora, e os registros fotográficos. Os relatórios são disponibilizados publicamente na plataforma OTICS e as fotos são compartilhadas com os participantes do projeto.

Neste sentido, foi realizada uma análise destes documentos produzidos no VER-SUS Santa Maria nos anos de 2018 e 2019 de forma qualitativa. Constituem os documentos para análise: o relatório pessoal de 2018 e de 2019 da autora deste trabalho que participou do projeto na categoria de vivente e facilitadora respectivamente; o projeto que delineou as diretrizes para ocorrer o VER-SUS nos anos de 2018 e 2019 em Santa Maria. Além disso, foram utilizadas fotografias do projeto para elucidar as experiências, podendo contribuir, neste sentido, para a correspondência entre a formação acadêmica e a educação popular que se constitui como objetivo deste trabalho.

A pesquisa documental, como compreende Lakatos e Marconi (2003), possui como fonte de coleta de dados os documentos que podem ser classificados a partir de três variáveis: fontes escritas ou não; primárias ou secundárias; contemporâneas ou retrospectivas. Neste sentido, foram analisados documentos escritos e não escritos, classificados como primários e retrospectivos, por terem sido produzidos após ter ocorrido a vivência, no caso dos relatórios e fotografias. Quanto aos projetos do VER-SUS de 2018 e 2019 tratam-se de documentos contemporâneos e primários, por se tratarem de documentos de arquivos públicos reunidos na ocasião da pesquisa pela autora. A fonte dos documentos é de arquivos públicos, pois os relatórios, embora sejam de produção particular ou de um grupo de pessoas, são disponibilizados na plataforma OTICS e os projetos se encontram no portal de projetos da UFSM.

Nesta perspectiva, a percepção sobre os elementos de ensino aprendizagem ocorreu por meio da pesquisa qualitativa na análise dos documentos mencionados. Neste sentido, entende-se que esta abordagem é constituída por um processo de análise envolvendo três aspectos que são compreender, interpretar e dialetizar, tendo como termos fundantes a experiência, a vivência, o senso comum e ação (MINAYO, 2012).

Portanto, compreendendo que o conteúdo dos relatórios abrange os acontecimentos diários no VERSUS, destaca-se a importância de analisar as vivências a partir da perspectiva da correlação entre a educação formal/acadêmica e os saberes populares. Evidenciam-se, assim, o método do VER-SUS na formulação de uma ensino-aprendizado comprometido com uma percepção de educação no meio acadêmico em aproximação aos saberes populares. Assim, busca-se por perspectivas de educação voltadas para um ensino comprometido com a formação em saúde amparada em princípios do Sistema Único de Saúde e engajada com o direito a saúde das pessoas e comunidades.

3.1 COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa qualitativa, primeiramente foram separados os materiais: relatórios do VER-SUS pessoal nos anos de 2018 e 2019 e o relatório da

Comissão Político Pedagógico (CPP) do ano de 2019 disponibilizados na OTICS, e os projetos de extensão submetidos no portal de projetos da UFSM. Os relatórios pessoais do ano de 2018 e 2019 foram utilizados para extrair os dados a partir de um formulário do Excel produzido e os projetos serviram como base de consulta.

No formulário do Excel, os relatórios foram classificados em R1 e R2, sendo R1 referente ao relatório de 2018 em que a autora participou enquanto vivente do VER-SUS, e R2 o relatório de 2019 com a participação da autora enquanto facilitadora do estágio. O relatório R1 demonstra que a vivência ocorreu na cidade de Santa Maria no período de 8 a 17 de janeiro de 2018, contabilizando 10 dias. Já no relatório R2 consta que a vivência ocorreu em Silveira Martins nas instalações da UFSM no período de 15 a 27 de janeiro de 2019. Em R2, destaca-se, porém, que o período de realização do VER-SUS tem dois momentos, em que do dia 15 a 17 de janeiro de 2019 ocorreu a formação dos/as facilitadores e nos dias de 18 a 27 de janeiro de 2019 ocorreu a vivência, contabilizando 10 dias de imersão com os viventes.

O relatório apresenta dois grupos de questionamentos classificados em “Questões Gerais” e “Questões Pessoais”. O primeiro grupo contabiliza sete perguntas que consistem em identificar dados nos relatórios de âmbito da experiência enquanto coletividade, assim, tratam-se dos seguintes questionamentos: “Quais são as instalações utilizadas durante o VER-SUS? ”; “Quais são os dispositivos utilizadas para mobilizar os/as estudantes? ”; “Como ocorre as estratégias de devolução destas reflexões através desses dispositivos? ”; “Durante as visitas de que forma ocorre a interação dos/as estudantes com os profissionais e as pessoas das comunidades? ”; “Os assuntos abordados nas plenárias expressam a realidade social? Quais foram os assuntos? ”; “Quais profissionais/ áreas de conhecimento participaram da vivência abordando os assuntos? ”; “Como trabalham os NBs no estágio? ”.

O grupo de “Questões Pessoais” consiste em uma pergunta que remete a percepções sensoriais ou de memória da autora junto aos dados coletados nos relatórios. Nesta perspectiva, recorre-se para a memória como seletiva, pois diz respeito a uma lembrança do passado, mas que se atualiza a partir de um momento presente, não se configurando, assim, como falsa ou verdadeira, apenas conta “o passado através dos olhos de quem vivenciou” (GOLDENBERG, 2011). Diante disso,

evidencia-se a natureza dessa questão que é apresentada da seguinte forma: “Como ocorrem as dinâmicas e místicas? A partir da minha vivência e percepção, elas despertaram reflexões e emoções? “.

A partir deste percurso metodológico, obteve-se resultados que serão apresentados no capítulo a seguir com a compreensão dos procedimentos metodológicos e técnicas abordadas.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

Como procedimento para trabalhar com os dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo que consiste em técnica de pesquisa qualitativa capaz de tornar inferências sobre os dados de um determinado contexto, válidas e replicáveis. Operacionalmente, esta técnica compreende um processo de análise primeiramente superficial do material e se aprofunda nos significados de seus conteúdos, partindo de relações de estruturas (MINAYO, 2014).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano de falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos visa a dar consistência interna às operações (MINAYO, 2014, p. 308)

Este procedimento metodológico apresenta diversas modalidades de análise, dos quais será abordado neste trabalho a análise temática cuja concepção é a busca por compreender os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação, sendo estes núcleos significativos para o objeto analisado (MINAYO, 2014).

A operacionalização da análise temática apresenta três etapas: a *Pré-Análise*, a *Exploração do Material*, e o *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*. A etapa de Pré-Análise evidencia a escolha dos materiais de pesquisa, os documentos a serem analisados com a retomada das hipóteses e objetivos iniciais, esta fase é constituída por três ações: a *Leitura flutuante*, a *Constituição do corpus* e a

Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos. A Leitura flutuante se refere à tomada de contato direto e intenso com o material de campo, identificando seu conteúdo até a superação da sensação de caos inicial provocada pela dinâmica entre as hipóteses e teoria sobre o tema. Já a Constituição do Corpus consiste na totalidade que envolve o objeto estudado, correspondendo as normas de validade qualitativa, exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Por fim a Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos é uma etapa exploratória em que se evidencia o processo desde a leitura exaustiva à indagações iniciais, havendo abertura para novos questionamentos a respeito do procedimento disposto até então (MINAYO, 2014).

A segunda etapa é a Exploração do Material que se segue à escolha dos documentos para a exploração do seu conteúdo por meio de uma operação classificatória para alcançar o “núcleo de compreensão do texto”. Nesta etapa ocorre a categorização em que há a redução do texto em palavra ou expressões de significado, as categorias delimitadas expressam a organização de um conteúdo. Por fim, a terceira etapa de Tratamento dos resultados obtidos e interpretação evidencia as informações analisadas, propondo interpretações a partir do quadro teórico desenvolvido (MINAYO, 2014).

Neste sentido, os dados coletados após análise intensiva foram aglutinados em três categorias definidas como **Mobilização, Diálogo, e Construção e Movimento**. As categorias serão apresentadas com a sistematização dos dados coletados em tabelas com indicações das questões e respostas realizadas no procedimento da coleta dos dados. Sendo assim, foram formuladas as tabelas com as questões na primeira coluna, representadas pelas nomenclaturas de P1 à P8 e apresentados os dados dos relatórios R1 na segunda coluna e R2 na terceira coluna.

4 RESULTADOS

Para a discussão dos resultados são apresentadas as três categorias temáticas de “**Mobilização**”, “**Diálogos**” e “**Construção e Movimento**” a partir de tabelas que

sistematizam os dados coletados. A última categoria aponta para a compreensão do processo de formação profissional em saúde no Serviço Social, tendo em vista.

4.1 MOBILIZAÇÃO

A categoria “mobilização” é evidente no processo de organização do VER-SUS com as escolhas dos lugares para realização da vivência, das temáticas a serem abordadas, com a seleção de viventes e facilitadores, bem como na constituição da Comissão Político Pedagógica. Esta categoria carrega, além disso, os motivos pelos quais o projeto ocorre em determinada realidade, neste caso, na cidade de Santa Maria, contemplando o reconhecimento dos seus territórios de saúde, bem como a rede de atenção à saúde da população.

Mobilizar, enquanto um ato de causar um movimento, exige a construção de procedimentos e metodologias para que os objetivos sejam alcançados de forma organizada. Assim, evidencia-se, enquanto mobilização o método utilizado no VER-SUS que tem como base o Método Josué de Castro do IEJC.

A partir dos dados coletados, são contempladas nesta categoria as instalações utilizadas durante o VER-SUS (P1), e os dispositivos utilizados para mobilizar os estudantes (P2) apresentados nos dois relatórios, como demonstra a tabela 1. No que se refere às instalações utilizadas durante o VER-SUS (P1), houve mudanças de ambientes do ano de 2018 (R1) para 2019 (R2), mas ambos se destacam pela pluralidade de locais. Ainda, ressalta-se nesta percepção a opção por ambientes públicos e de uso comunitário que é a essência deste projeto desde a sua concepção. Assim, opta-se pela escolha da maior participação possível de estudantes sem nenhum custo aos seus participantes, tendo em vista ser um projeto de âmbito do poder público e, por isso, deve ocorrer nestes ambientes, instigando a coletividade.

Além disso, pode-se observar a partir dos dispositivos de mobilização (P2) que houve a ampliação do olhar sobre estes no ano de 2019 (R2), devido à mudança de modalidade de participação da autora deste trabalho no VER-SUS. Em 2018 (R1) a autora pertencente a modalidade de vivente participava dos espaços que já estavam

constituídos e planejados e em 2019 (R2), enquanto facilitadora pode participar do processo de organização e formação da CPP para receber os viventes, percebendo o projeto em sua totalidade.

Tabela 1 – Mobilização

	R1	R2
P1	Casas do centro de eventos da UFSM; espaço verde do Centro de Eventos (campo, e gramados); sala de eventos da Secretaria Municipal de Saúde de Três Passos; UBS Pindorama, Central e Prisional e UPA de Três Passos; espaço de convivência da comunidade indígena guarani na Reserva do Guarita em Tenente Portela; Escola Antônio Carlos Borges e campus da UFSM em Palmeira das Missões; Escola do assentamento rural Sobrado em Pinhal Grande/RS;	UFSM Campus Silveira Martins; Estratégia de Saúde da Família (ESF) Maringá e a Unidade Básica de Saúde e ESF São Francisco; Restaurante Universitário da UFSM campus Santa Maria; o CAPS Prado Veppo e CAPS Cia do Recomeço; espaço de convivência da comunidade indígena guarani na Reserva do Guarita em Tenente Portela; UFSM campus de Palmeira das Missões (PM); sede do Sindicato dos Trabalhadores Rurais em PM; assentamento fazenda Annoni em Pontão/RS; Instituto Educar da Fazenda Annoni.
P2	Confraternização inicial; roda de conversa; curso "Como Funciona a Sociedade I"; exibição do documentário "Carne e osso"; reuniões dos NBs; visita à Secretaria Municipal de Saúde, Unidades Básica de Saúde e UPA da cidade de Três Passos (possui 100% cobertura de ESF). Visita a reserva do Guarita (comunidade indígena) e sua unidade de saúde; visita à Associação de Catadores em Palmeira das Missões; visita a um assentamento rural do MST; realização coletiva dos tempos trabalho; dinâmicas; e mística.	Durante a formação dos/as facilitadores: roda de conversa sobre o VER-SUS e o método utilizado durante a vivência e papel dos/as facilitadores com estudo sobre a história da saúde no Brasil e o panorama atual da saúde; preparação do espaço e dos materiais para receber os viventes; separação dos NBs com escolha dos nomes; planejamento do cronograma e separação dos coordenadores do dia. Durante a imersão: confraternização inicial com dinâmica do varal; roda de conversa; curso "Como Funciona a Sociedade I"; exibição do documentário "Carne e osso"; reuniões dos NBs; visita a duas unidades de Estratégia de Saúde da Família e dois Centros de Atenção Psicossocial em Santa Maria; Visita a reserva do Guarita (comunidade indígena) e sua unidade de saúde; visita ao assentamento Annoni e seu instituto de educação; realização coletiva dos tempos trabalho; dinâmicas e mística.

Legenda: as instalações utilizadas durante o VER-SUS (P1); dispositivos utilizados para mobilizar os estudantes (P2); Relatório de 2018 (R1); Relatório de 2019 (R2).

Portanto, a categoria Mobilização apresenta diversos aspectos que permeiam o momento anterior e inicial do VER-SUS, bem como os que geram a intermediação do processo de ensino-aprendizagem já planejados pela CPP. Destaca-se, desta forma, a necessidade de conhecer a realidade de saúde de Santa Maria, para o reconhecimento dos motivos do projeto ocorrer nesta cidade, bem como conhecer o método pedagógico Josué de Castro que fundamenta a vivência.

4.1.1 Realidade de saúde na cidade de Santa Maria

A cidade de Santa Maria é localizada na região central do Rio Grande de Sul e possui 261.031 habitantes conforme Censo de 2010 (IBGE), é considerada como uma cidade universitária, por ter uma universidade pública, a UFSM, entre outras de âmbito privado. Santa Maria constitui-se de um município de referência em saúde para diversas cidades da região, compondo a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde junto a 31 municípios. A cidade apresenta 803 estabelecimentos de saúde, totalizando os serviços privados e públicos via SUS (CNES/DataSUS, 2017), dentre eles, especifica-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), Serviços Especializados e Complementares, Policlínicas, Pronto Atendimento Municipal, Serviço de Vigilância em Saúde, SAMU, UPA e Hospitais que são a Casa de Saúde e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) com atendimento integralmente SUS e os hospitais privados.

Além disso, o município de Santa Maria apresenta oito regiões administrativas por onde se distribuem os serviços e ações de saúde de âmbito público, são elas: Região Oeste, Região Centro Oeste, Região Norte, Região Nordeste, Região Leste, Região Centro leste e Região Sul. Neste sentido, articulam-se de forma integrada os serviços de saúde com aproximação aos territórios, constituindo a Rede de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica, ou Atenção Primária em Saúde, é a porta de entrada para o acesso ao SUS, sendo composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Pronto Atendimentos, e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), totalizando 21 ESF e 19 UBS sendo uma destas a EACS. Os

serviços são distribuídos da seguinte forma (a partir de dados do CNES/ DataSUS de 2017, (SMS, 2018):

- Região Oeste: ESF Roberto Binato, ESF Alto da Boa Vista, ESF Parque Pinheiro Machado, UBS Ruben Noal, ESF São João, ESF Victor Hoffmann, EACS/UBS Floriano Rocha;
- Região Centro Oeste: UBS Centro Social Urbano, ESF Lídia, PAM – Pronto Atendimento Municipal Flávio Miguel Schneider;
- Região Centro: UBS Erasmo Crossetti, UBS Dom Antônio Reis;
- Região Norte: ESF Bela União, UBS Joy Betts, ESF Kennedy, UBS Kennedy, UPA/SAMU;
- Região Nordeste: ESF Campestre, UBS Itararé, UBS Mozzaquatro;
- Região Leste: UBS Walter Aita, UBS Wilson Paulo Noal, ESF Wilson Paulo Noal;
- Região Centro Leste: UBS São Francisco, ESF São José, ESF Maringá;

Região Sul: UBS Oneyde de Carvalho, ESF Oneyde de Carvalho, UBS Passo das Tropas, ESF Santos, ESF Urlândia.

A Atenção de média e alta complexidade englobam os serviços especializados e das policlínicas, bem como a atenção hospitalar e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste sentido, evidenciam-se as seguintes policlínicas e serviços especializados no município: Policlínica Leste, Policlínica Nordeste, Policlínica Central, Policlínica 24h Ruben Noal, Policlínica Norte, Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário, Casa Treze de Maio, e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A RAPS é a rede de referência para o atendimento de apoio à saúde mental dos indivíduos a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Destacam-se, em Santa Maria, três CAPS de referência para adultos, sendo dois deles para transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o CAPS Cia do Recomeço e o CAPS Caminhos do Sol, e um de referência para transtornos mentais em geral, o CAPS Prado Veppo. Há, ainda, um CAPS i (infantil), denominado de “o equilibrista”, que é de referência para crianças e adolescentes.

Por fim, a atenção hospitalar em Santa Maria é constituída, no âmbito privado, pela Casa de Saúde e pelo HUSM, com atendimento 100% SUS. O HUSM localiza-se no Campus I da UFSM no bairro Camobi, e constitui-se, para além de atenção terciária, de serviços da atenção secundária como ambulatórios e Pronto Socorro, e um Hospital Psiquiátrico, o Paulo Lauda. Este hospital é de referência para a região, abrangendo cidades de duas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), a 4ª CRS e a 10ª CRS. Além disso, trata-se de um hospital escola que abrange estagiários de todos os cursos da saúde, bem como residentes, e docentes.

Portanto, a educação em saúde tem impacto sobre a formação e educação permanente dos estudantes e trabalhadores na realidade de saúde da cidade de Santa Maria. Diante da rede de saúde que se configurou no município, é primordial uma formação em saúde que possa articular o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, com a finalidade de ampliar a participação de todos e todas no fortalecimento do SUS.

4.1.2 A interação do VER-SUS Santa Maria com o método pedagógico Josué de Castro

O projeto VER-SUS ao se tornar um projeto de âmbito nacional adquire especificidades de cada região se adequando a realidade social, cultural e política de determinada localidade. Em Santa Maria este projeto, assume uma postura política e ideológica que tem como objetivo contribuir para uma formação qualificada para o trabalho no Sistema Único de Saúde junto a articulação do movimento estudantil. Em geral, durante o VER-SUS, esta formação não se dá de forma técnica, mas sim, a partir de métodos e no contato com comunidades e princípios que visam a formação humana para o trabalho com pessoas.

Nesta perspectiva, o projeto em Santa Maria adota o método pedagógico Josué de Castro por se aproximar dos movimentos sociais, tendo em vista a auto-organização dos estudantes, embora participem deste processo docentes, técnicos e profissionais da saúde. O intuito não é a reprodução total do método pedagógico tal

qual ele ocorre no IEJC, mas espelhar-se em seus valores e ações para a organização e planejamento desta experiência pelo período que pode ser de 8 até 15 dias.

O VER-SUS Santa Maria, conta com a forte articulação do movimento estudantil com o apoio de suas entidades representativas, como UEE, DCE, UNE e DAs/CAs, além de coletivos e grupos acadêmicos que compactuam com a proposta do projeto. Desta articulação é criada uma Comissão Organizadora que se responsabiliza junto à Rede Unida (Secretaria Executiva da Coordenação Nacional VER-SUS/Brasil) pela construção técnica e operacional, política e pedagógica do VER-SUS, e tem as seguintes atribuições (conforme o texto do projeto de 2019 do VER-SUS Santa Maria): articular junto ao atores do âmbito da educação e da saúde, a corresponsabilização pelo desenvolvimento do projeto VER-SUS; dialogar com a Rede Unida e acompanhar a atualização do site OTICS; organizar o processo seletivo dos participantes, o planejamento das atividades; pactuar com os gestores e instituições de ensino, os equipamentos sociais e locais para a realização das atividades, e sobre as questões financeiras; organizar a logística (transporte, alimentação, hospedagem, pedido de materiais); acompanhar a execução do projeto; organizar o relatório de avaliação da vivência e prestação de contas do financiamento recebido.

Ademais, cabe a Comissão Organizadora a formação política e pedagógica de facilitadores que serão instruídos sobre o método Josué de Castro e as ações a serem realizadas, e capacitados para a gerência e acompanhamento dos Núcleos de Base (NB). Diante do grupo de facilitares e a comissão organizadora é constituída a Comissão Político Pedagógica (CPP) que guiará os participantes (viveres) durante o estágio.

Assim como no IEJC, os Núcleos de Base são essenciais para configuração de um projeto pedagógico que concretize seus objetivos, no caso do VER-SUS, buscase pela a construção da educação em saúde e um ambiente de formação humana. Os NBs representam a coletividade primária, ou seja, a base para a criação de uma coletividade como princípio. Cada NB é formado por um facilitador que junto à CPP escolhem e separam os viveres para cada grupo da forma mais heterogêneo a partir dos cursos de graduação. Durante a vivência é incumbência dos participantes de cada

NB conhecer os membros de seu grupo, serem companheiros e cumprirem com suas responsabilidades individuais e grupos para a manutenção da organização do projeto. Além disso, os participantes devem pensar criticamente a partir dos assuntos e experiências acumuladas durante a vivência, sendo que durante o dia, o grupo se reúne frequentemente para pensar e debater sobre as ações.

Durante o estágio, as atividades são pensadas a partir de uma lógica de inserção, vivências e exposições teóricas, e finalização do estágio, sendo que cada atividade é cronologicamente adequada na programação. Trata-se, assim, de um estágio em que cada hora do dia é aproveitado em tempos trabalho com o cuidado de não se tornar exaustivo e sim de construção e movimento.

Nesta perspectiva, a disciplina no cotidiano das práticas é primordial, pois há o horário para a alvorada, para realizar as refeições, e para os tempos educativos que envolve a definição do início e término das plenárias (espaço em que ocorre cursos e rodas de conversa), das visitas aos serviços de saúde e comunidades, para as místicas, para o descanso, para o Tempo Núcleo de Base (NB) e os Tempos Trabalho que são rotativos, sendo um trabalho diferente por dia para cada NB, como: arrumação e embelezamento do espaço da plenária, tornando-o um ambiente educativo adequado; limpeza de banheiros e cozinha; preparação do café da manhã; realização da alvorada (acordar todos(as) os(as) participantes da forma mais amena e gentil). O cartaz com o cronograma das atividades ficava disponível no corredor de acesso para a plenária (figura 4), bem como a distribuição dos tempos trabalho com as iniciais dos nomes dos Núcleos de Base (figura 3) ficava fixada em alguns pontos do prédio (estrutura da UFSM) para que todos/as os/as estudantes pudessem visualizar, facilitando, assim, o processo de organização individual e coletiva.

As místicas ocorrem em momentos específicos do dia, em geral, antes de plenárias, com o intuito de despertar os/as estudantes para uma reflexão, sensações e/ou emoções. Para finalizar o estágio, constrói-se uma mística especial, com a atuação da CPP e com o objetivo de consolidar todas as reflexões e experiências na construção da identidade coletiva. A última mística mostra o processo sócio histórico do Brasil, com momentos em que houve explorações e injustiças sociais, bem como momentos de luta e resistência seja, nos movimentos da saúde ou políticos.

Evidencia-se, assim, o momento em que o processo pedagógico se encerra, porém com a manutenção dos vínculos construídos e o sentimento de coletividade. Durante o VER-SUS Santa Maria todas as ações envolvem a criatividade e a disposição dos/as estudantes, que, ao mesmo tempo em que suas ações partem do método Josué de Castro, também constroem esta pedagogia e seus princípios.

Figura 3 – Cartaz com cronograma, disponível no corredor de entrada da Plenária

	18/01	19/01	20/01	21/01	22/01	23/01	24/01	25/01	26/01	27/01
MANHÃ		CFSL	CFSL	REFORMA SANITÁRIA	VIVÊNCIAS EJS	HOSPITAL REGIONAL SM	VIVÊNCIA RESERVA DO QUARITA	VIVÊNCIA PONTE	CONSUMIDOR	ORGANIZAÇÃO DE ESPAÇOS REFEIÇÕES DO QUARITA LINDENSTRAUSS
TARDE	RECEPÇÃO E AQUELIMENTO	CFSL	CFSL	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	VIVÊNCIAS CAPS	NEGRARÍOS	VIVÊNCIA SAÚDE DA MULHER (PM)	RETORNO A SILVEIRA MARTINS	MONUMENTO ESTUDANTIL	EXERCÍCIO E RETORNO A SANTA MARIA
NOITE	HISTÓRIAS DO VER-SUS	CFSL	CFSL	CONTRA O SOCIAL	REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDUÇÃO DE DANOS	LGBTI	VIVÊNCIA HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL (PM)	COMPARTILHANDO AS VIVÊNCIAS	ARTE E SAÚDE	

Fonte: Acervo de fotos VER-SUS 2019

Figura 4 – cartaz com a organização dos tempos trabalho

	18/01	19/01	20/01	21/01	22/01	23/01	24/01	25/01	26/01	27/01
ALVORADA		CPP	JW	CM	MP	NO	MF	NS	JW	
DISCIPLINA		MF	NS	JW	CM	MP	NO	MF	NS	JW
BANHEIROS INTERIORS		NO	MF	NS	JW	CM	MP	NO	MF	NS
BANHEIROS EXTERIORS		MP	NO	MF	NS	JW	CM	MP	NO	MF
ALMOÇO		CM	MP	NO	MF	NS	JW	CM	MP	NO
JANTA		JW	CM	MP	NO	MF	NS	JW	CM	MP

COMISSÃO POLITICA PEDAGOGICA

COLETIVO - TODOS

TEMPOS TRABALHO

Fonte: Acervo de fotos VER-SUS 2019

4.2 DIÁLOGOS

A categoria “diálogos” representa todas as relações de trocas que ocorreram no VER-SUS que foram sistematizadas durante a pesquisa enquanto dados coletados, conforme as tabelas 2, 3 e 4. As relações de trocas são expressas em conversas, trocas de experiências, momentos de convivência, realização de atividades, momentos de escuta, visitas realizadas nas comunidades e serviços de saúde, diversidade de temáticas discutidas e áreas de conhecimento.

Os dados da tabela 2 apresentam as estratégias de devolução das reflexões através dos dispositivos de mobilização (P3) e o trabalho nos NBs (P7) em R1 e R2. Os dados demonstram que o espaço de contato mais próximo entre os estudantes, os NBs representam momentos em que os estudantes trocam ideias sobre as atividades que realizaram durante o dia, nesta troca debatem suas opiniões e contam suas experiências, ressignificando conhecimentos ao mesmo tempo em que significam novos saberes. Cada NB constroi seu vínculo e identidade durante a vivência em uma dinâmica constante de encontro com todos os participantes durante as plenárias,

visitas, refeições e atividades, e reencontro com o núcleo de base (grupo menor) em um ato de reflexão.

Tabela 2 – Diálogos nos NBs

	R1	R2
P3	Reuniões dos núcleos de base em que os viventes relatavam suas reflexões e experiências.	Reuniões dos núcleos de base, levantando provocações para os viventes exporem suas reflexões e percepções sobre o temas e experiências; reuniões da Comissão Político-Pedagógica que ocorriam aos finais dos dias para os/as facilitadores realizarem o levantamento dos relatos abordados durante as reuniões dos NBs.
P7	A divisão dos participantes em NBs ocorre no início da vivência, sendo 5 NBs com a orientação de um facilitador cada. Durante a vivência a CPP organiza um cronograma de atividades a serem realizadas pelos NBs em cada dia, são os denominados tempos trabalho (alvorada/café da manhã, plenária, limpeza banheiro e cozinha). Dentre os tempos trabalhos da organização geral há o tempo NB, no qual cada NB se reúne para debater e refletir sobre os assuntos e vivências realidades durante o dia. Nesta vivência o nome do NB que eu participei era Virgínia Bicudo escolhida por ser uma mulher com importantes contribuições na área da saúde.	Durante a formação de facilitadores pude presenciar a formação dos núcleos de base, sendo a separação em 5 NBs e escolhas de viventes para cada grupo a partir de critério de multidisciplinaridade, ou seja, a diversificação das áreas de conhecimento. Os núcleos foram nomeados a partir do tema Direitos Humanos, assim, foram escolhidos 5 nomes de relevância histórica e social nesta temática, que foram: Chico Mendes, Jurema Werneck, Marielle Franco, Maria da Penha, Nei d' Ogum e Nise da Silveira. O núcleo de base do qual fui facilitadora se chamava Maria da Penha e dele participavam estudantes dos cursos de Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem; e Fonoaudiologia. Enquanto facilitadora, era importante estar atenta às plenárias e aos temas abordados, para depois levar nas reuniões do Núcleo de Base e provocar as reflexões junto aos estudantes. As reflexões abordadas eram levantadas nos relatos dos facilitadores quando ocorria as reuniões da Comissão Político-pedagógica que ocorriam sempre no final dos dias.

Legenda: as estratégias de devolução das reflexões através dos dispositivos de mobilização (P3); trabalho nos NBs (P7); Relatório de 2018 (R1); Relatório de 2019 (R2)

Na tabela 3 são apresentadas as interações dos/as estudantes com os profissionais dos serviços de saúde e as pessoas das comunidades visitadas (P4) que

constavam nos relatórios R1 e R2. As informações sobre cada visita estão mais detalhadas nesta tabela, pois relatam a visualização dos estudantes sobre as realidades e modos de vidas das pessoas que enquanto usuários de políticas públicas de saúde também são sujeitos que constroem estas. Nestas vivências, os estudantes puderam ouvir sobre os trabalhos de profissionais de saúde, como nos serviços das UBS, ESF e CAPS, bem como gestores, na Secretaria de Saúde do município de Três Coroas (Figura 5), e a situação de saúde das comunidades como na Associação de Catadores em Palmeira das Missões, na comunidade indígena (Figura 6) e nos assentamentos rurais (Figura 7).

Tabela 3 – Diálogos nas vivências

	R1	R2
P4	<p>Visita à cidade de Três Passos: No dia 12 de janeiro fomos à Três Passos, primeiramente em uma palestra com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde que abordaram sobre o funcionamento do SUS na cidade que possui 100% de cobertura ESF, com alto investimento na atenção básica, as UBS possuem padrão PMAQ. Houve visita a 3 UBS nas quais estavam presentes alguns profissionais de saúde que falaram sobre o seu trabalho. Dentro as unidades conhecemos a UBS Prisional, inserido dentro do Presídio do Município, os profissionais de saúde presentes falaram sobre o atendimento as pessoas carcerárias. Também visitamos o espaço em que ocorrem atividades físicas para grupos, com a explanação de uma profissional de Educação Física. Visita à Reserva do Guarita: No dia 13 de janeiro fomos a uma comunidade indígena guarani, onde pudemos conversar com os moradores e conhecer os espaços da comunidade, como o espaço de convivência, a escola, a UBS onde havia um profissional da saúde com quem conversar. Em uma caminhada pela comunidade, foi possível perceber as casas, o espaço bastante arborizado e na parte central da comunidade havia um</p>	<p>Visita aos serviços de saúde de Santa Maria: no dia 22 de janeiro visitamos as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Maringá e a Unidade Básica de Saúde e ESF São Francisco no período da manhã. Nesta experiência dividimos dois grupos que se revezaram para visitar as duas unidades, assim enquanto um grupo visitava a ESF Maringá a outra visitava a ESF São Francisco. Nas visitas fomos recepcionados pelos trabalhadores que nos mostraram o espaço físico das unidades, apresentaram a equipe que estava presente e explicava o funcionamento do serviço. Na visita a ESF Maringá o Agente Comunitário de Saúde nos acompanhou para conhecer a comunidade, explicando o funcionamento das visitas. No período da tarde, ainda com a divisão em dois grupos visitamos o CAPS Prado Veppo e o CAPS Cia do Recomeço na mesma dinâmica de visita dos serviços durante a manhã, em visita ao CAPS Ad Cia do Recomeço realizamos uma roda de conversa com o psicólogo e os usuários do serviço que nos contaram sobre suas experiências de vida e com o atendimento do CAPS, expondo seus desafios e avanços com os trabalhos realizados. Durante a visita no CAPS Ad</p>

grande espaço aberto onde se encontrava o centro religioso e onde conversamos com alguns moradores e conhecemos alguns alimentos típicos cultivados na comunidade. Realizamos o almoço no centro de convivência e em seguida uma roda de conversa com a comunidade.

Visita à Associação de Catadores: no dia 15 de janeiro fomos à Palmeira das Missões na Escola Antônio Carlos Borges que ampara a Associação de Catadores que está inserida na Incubadora Social da UFSM. Em um primeiro momento conversamos com os trabalhadores da associação que apresentaram seus trabalhos bem como suas dificuldades e demandas que envolve a saúde dos trabalhadores, dentre elas a construção de uma sede para depósito das coletas de material reciclável para que não acumulassem nas casas, sendo está a realidade até o momento. Em seguida caminhamos pela comunidade onde moravam alguns trabalhadores, conversamos com alguns desses moradores que contaram sobre seu cotidiano de trabalho enquanto catador, suas dificuldades e mostraram que muitos materiais ficavam depositados no quintal de casa. **Visita ao assentamento rural:**

No dia 16 de janeiro fomos até Pinhal Grande no assentamento do MST denominado Sobrado. No momento da chegada foi possível perceber o grande espaço, bastante arborizado e com vastas plantações, havia, logo na entrada do assentamento, um ginásio que infelizmente estava danificado devido a uma tempestade que ocorreu. Nos encontramos na escola do assentamento com alguns moradores que abordaram sobre a história de ocupação e constituição do assentamento, bem como o funcionamento da comunidade, suas regras e seus princípios a partir do movimento (MST). Almoçamos na comunidade e caminhamos pelo assentamento, podendo conversar com os moradores.

Prado Veppo que é referência para transtornos mentais, também realizamos uma roda de conversa com alguns profissionais de saúde do serviço e os usuários do serviço, onde compartilhamos experiências e conhecemos o funcionamento do serviço. **Visita à**

comunidade indígena: no dia 24 de janeiro fomos a comunidade indígena guarani na Reserva do Guarita em Tenente Portela, onde fomos recepcionados pelo Cacique, que nos levou para a UBS da comunidade onde conversamos com um profissional que explicou o serviço, também caminhamos pela comunidade até uma área central em que se localiza o centro religiosa (espaço de acesso apenas para os indígenas), encontramos com o líder religioso que falava apenas guarani enquanto o cacique traduzia sua fala. **Visita à Palmeira das**

Missões: no dia 24 de janeiro ainda fomos para Palmeira das Missões onde houve uma roda de conversa sobre saúde da mulher e, em seguida, fomos para a sede do Sindicato dos Trabalhadores Rurais em PM. Neste espaço houve uma roda de conversa com trabalhadores do sindicato sobre o Hospital Público Regional de Palmeira das Missões. **Visita ao**

assentamento Anonni: no dia 25 de janeiro saímos de Palmeira das Missões e fomos para Pontão onde há o primeiro assentamento do MST, a fazenda Anonni, um assentamento bastante extenso, onde há Unidade Básica de Saúde Rural, cooperativa de produção de leite e carne, além de um instituto de educação e uma Ecovila. Pudemos conhecer todas estas instâncias da fazenda e conversar com vários moradores e trabalhadores do assentamento em uma experiência realmente enriquecedora. Entre os moradores conversamos com uma pessoa de grande representação no assentamento que realizou o corte da cerca da fazenda no processo de ocupação de terra. Quando chegamos ao assentamento, inicialmente visitamos o Instituto Educar, que possui cursos de

Ensino Superior e seu funcionamento se dá por meio do Método Josué de Castro. No Instituto, tivemos uma roda de conversa com a apresentação de uma tese de doutorado sobre o assentamento e o processo de saúde naquele território, sendo apresentado o histórico desde a ocupação da fazenda. Além disso, conhecemos um horto medicinal que contém várias plantas medicinais benéficas para a saúde dos moradores. Em seguida fomos para Ecovila do assentamento, um espaço composto por casas que ficavam em torno de um grande espaço verde, como um espaço de lazer, com árvores frutíferas, e espaço de convivência, onde conversamos com moradores que explicaram a organização da comunidade. Também visitamos as cooperativas de produção de leite e de carne, localizadas na Ecovila.

Legenda: As interações dos/as estudantes com os profissionais dos serviços de saúde e as pessoas das comunidades visitadas (P4); Relatório de 2018 (R1); Relatório de 2019 (R2)

Figura 5 – Visita à cidade Três Passos



Fonte: Acervo de fotos VER-SUS 2018

Figura 6 – Visita à comunidade indígena



Fonte: Acervo de fotos VER-SUS 2019

Figura 7 – Visita ao Instituto Educar



Fonte: Acervo de fotos VER-SUS 2019

A tabela 4 apresentada nesta categoria de análise enquanto “diálogos”, demonstra os assuntos abordados nas plenárias (P5) e os profissionais/ áreas de

conhecimento que participaram da vivência durante as plenárias (P6). Contata-se a pluralidade de temáticas que estão interligadas à saúde em suas diversas transversalidades bem como constitutivas de lutas e movimentos sociais em defesa da saúde da população brasileira, como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Em 2018 (R1) e em 2019 (R2) os assuntos foram semelhantes, destaca-se, que em 2019 houve uma plenária sobre controle social (Figura 8) com a participação importante e significativa do presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), junto a um representante de um conselho local de saúde. Esta plenária, foi importante para compreensão de dois níveis de gestão, um no âmbito federal (próximo as decisões de distribuição de recursos) e outro em dimensão local, que representa a realidade de saúde dos territórios, indivíduos e famílias.

Além disso, os dados demonstram a interdisciplinaridade, através da participação de profissionais de diversas áreas de conhecimento para abordar os temas durante as plenárias. É possível compreender, a partir disto, o significado de campo e núcleo (CAMPOS, 2000), referência importante para a atuação na esfera da saúde pública.

Tabela 4 – diálogos na interdisciplinaridade

	R1	R2
P5	Os assuntos abordados durante as plenárias foram: núcleo de educação permanente em saúde; histórico do VER-SUS e colaboradores; economia política; reforma sanitária; negritude e saúde da população negra; ginecologia natural e saúde da mulher; Práticas Integrativas Complementares no SUS; Reforma Psiquiátrica e redução de danos; mulheres; conjuntura política; movimento estudantil. Os palestrantes tinham propriedade para abordar os assuntos e associavam suas falas a exemplos concretos de suas vivências profissionais e/ou pessoais com a sociedade.	Os assuntos abordados durante as plenárias foram: histórico do VER-SUS; economia política; reforma sanitária; Redes de Atenção à Saúde (RAS); Controle Social; reforma psiquiátrica; Hospital Regional de Santa Maria; negritude; LGBT; saúde da mulher; conjuntura com panorama da saúde no Brasil; movimento estudantil; arte e saúde. Os palestrantes demonstraram que viviam em sua realidade os assuntos abordados a partir de situações que vivenciaram em seu contexto social e de trabalho. Na plenária em que foi abordada o controle social estiveram presentes o Presidente do Conselho

		Nacional de saúde e um representante de um conselho local de uma comunidade de Santa Maria, havendo a aproximação de duas percepções para a compreensão do controle social, sendo uma mais próxima da realidade social e outro que busca levantar as demandas e necessidades de saúde locais em âmbito nacional. Portanto os assuntos abordados expressam a realidade social.
P6	As áreas de conhecimento e profissionais presentes durante as plenárias foram: Enfermeiro; assistente social; educador popular; enfermeira; estudante do curso de medicina; fisioterapeuta; médica psiquiátrica; redutor de danos.	As áreas de conhecimento e profissionais presentes durante as plenárias foram: educador popular; enfermeiras; representante de conselhos de saúde; terapeuta ocupacional; redutor de danos; estudante de enfermagem;

Legenda: os assuntos abordados nas plenárias (P5) e os profissionais/ áreas de conhecimento que participaram da vivência durante as plenárias (P6); Relatório de 2018 (R1); Relatório de 2019 (R2)

Figura 8 – Plenária sobre controle social



Fonte: Acervo de fotos VER-SUS 2019

4.3 CONSTRUÇÃO E MOVIMENTO: UMA ASSISTENTE SOCIAL EM FORMAÇÃO

A categoria “Construção e movimento” finaliza o processo de análise temática a que se propõe esta pesquisa, bem como configura o encerramento da vivência com a construção da formação em saúde e novos movimentos. Neste sentido, são apresentados na tabela 5, as dinâmicas e a mística (P8) com marcas pessoalizadas a partir da memória da autora, como atividades que reforçam os vínculos dos participantes e promovem reflexões sobre determinados temas, bem como a construção do ideal de coletividade. As dinâmicas e a mística compõem as categorias de “mobilização” e “diálogos”, mas serão contempladas nesta categoria, principalmente, devido a mística representar o fim do projeto, e despertar sentidos que impulsionam outros olhares a respeito da trajetória acadêmica e profissional em saúde.

Tabela 5 – Construção e Movimento

	R1	R2
P8	<p>Inicialmente ocorreu a <u>dinâmica da rede</u> para apresentação dos participantes, bem como seus motivos de estarem participando do projeto e suas expectativas sobre a vivência, a dinâmica ocorreu ao ar livre em um dia de sol, embaixo de uma árvore com uma grande sombra e tinha como objetivo a formação de uma rede através de uma linha de novelo que passava pelos participantes; outra dinâmica foi o <u>corredor do afeto</u> que é a formação de duas filas formando um corredor em que cada participante passa recebendo alguma forma de afeto das pessoas ao seu redor conforme caminha pelo corredor; há, também, a <u>dinâmica dos privilégios</u> na qual os viventes ficam em uma fileira de olhos fechados e caminham um passo para frente ou para trás conforme forem as respostas das perguntas realizadas sobre condições de acesso a educação, saúde, e outras. Ao final da vivência ocorre a <u>mística</u> que tem como base a mística do MST, na qual os viventes em fileira e de olhos fechados são orientados a uma caminhada enquanto</p>	<p>Como momento de confraternização inicial ocorreu a <u>dinâmica do varal</u> em que os estudantes se apresentaram e colocaram no varal um papel com as expectativas sobre o VER-SUS; houve, também, o <u>corredor do afeto</u>, e, nesta vivência, eu não compus o corredor como na outra experiência, orientei junto a CPP os estudantes que estavam em fila e de olhos fechados até um local com árvores e sombra para realizar a dinâmica, enquanto ocorria a dinâmica eu acolhia os estudantes no início do corredor e ao final também passei pelo corredor do afeto que consistia, em um corredor formado por duas fileiras de pessoas que demonstravam alguma forma de afeto ao estudante que passava pelo corredor; Ocorreu em outro momento a <u>dinâmica dos privilégios</u>, enquanto facilitadora apenas observei a dinâmica e a emoção dos viventes ao abrir os olhos e perceberem as desigualdades que se apresentavam ao final da dinâmica, assim como senti quando fui vivente. Ao final da vivência a CPP realizou a <u>mística</u>, assim,</p>

<p>presenciam de forma sensorial as cenas construídas pela CPP. As dinâmicas e a mística provocam sentimentos e reflexões que são imediatos e se estendem formando ou transformando a percepção sobre as questões trabalhadas nessas experiências. Durante a primeira dinâmica (corredor do afeto) percebi a sensação do acolhimento provocado pelos abraços e trocas de afeto entre os participantes do projeto que ainda eram pessoas desconhecidas, essa dinâmica provoca uma aproximação entre os participantes e a compreensão da empatia, e de ter o cuidado com o outro. A dinâmica do privilégio foi a mais intensa para mim provocando reflexões que ainda busco compreender, pois se tratava de perceber a desigualdade de oportunidade entre as pessoas, assim, neste processo pude identificar que eu enquanto uma mulher branca e de classe média possuo muitos privilégios e essa divisão identificada envolvia questões de gênero, de raça e de classe social. Por fim, a mística provocou diversas sensações, como medo, indignação, justiça, culminando na percepção dos avanços da saúde no Brasil e a importância da resistência e luta pelo fortalecimento do SUS que não se constroi sozinha e sim por meio da coletividade, sendo portanto o momento de perceber a identidade da coletividade que construímos durante a vivência.</p>	<p>separamos os momentos a serem encenados, fiquei com o papel de uma paciente que tentava fugir desesperada e aos gritos, mas acabou sendo internado em um manicômio. Tratava-se de uma das cenas que demonstravam os motivos da reforma sanitária. As encenações eram realizadas enquanto os viventes permaneciam de olhos fechadas percebendo as sensações expostas a eles e elas, como gritos, calor, cânticos de luta, suspiros de fugas, entre outros que compunham um panorama da história do Brasil, perpassando momentos políticos, sociais e da área da saúde. Ao final da mística cada facilitador amarrava no pulso dos viventes do seu NB uma fitinha de seda vermelha como forma simbólica de finalização da Vivência e formação da identidade de coletividade.</p>
---	---

Legenda: As dinâmicas e a mística (P8); Relatório de 2018 (R1); Relatório de 2019 (R2).

Ao final deste processo a formação acadêmica assume novas perspectivas em relação a busca pelo aprofundamento do conhecimento sobre a política pública de saúde e a possibilidade de transpor os conhecimentos construídos no VER-SUS, à formação em saúde no Serviço Social. Após conhecer diversas realidades em meio ao convívio com outras pessoas em imersão por vários dias, é possível reconhecer a interação entre teoria e prática, saber formal e saber popular. Diante das visitas, percebe-se, enquanto área de Serviço Social, as expressões da questão social que permeiam o acesso à saúde dos indivíduos e famílias ou condições de saúde diante

dos determinantes sociais de cada território visitado. É no retorno a teoria que se evidencia a necessidade de buscar mais estratégias de intervenção profissional no campo da saúde, para a garantia deste direito social e a construção de um projeto societário de valorização do SUS.

O campo da saúde abrange uma participação significativa do trabalho dos assistentes sociais principalmente no que se refere ao SUS, espalhados pela rede de atenção à saúde, como hospitais, CAPS, UBS, entre outros. A inserção do Serviço Social nesta área remete ao período de implantação do sistema previdenciário no Brasil, principalmente a partir da década de 1940, com a concepção do conceito ampliado de saúde promovido pela OMS em 1948, a partir de condições biopsicossociais.

Bravo (2011) realiza uma divisão histórica para analisar o Serviço Social na área da saúde, adotando como marco importante a década de 1960. Neste sentido, antes deste momento o Serviço Social neste campo de atuação se consolidou como prática subsidiária à assistência médica concedida aos trabalhadores por meio dos IAPs. Trata-se de uma intervenção intrínseca a concepção de políticas públicas, reiterando o caráter da profissão enquanto intermediadora da demanda das classes trabalhadores e das respostas institucionais do Estado.

A partir de 1964, no contexto de ditadura militar no Brasil, inicia-se um processo de revisão interna da profissão de Serviço Social, denominado de Movimento de Reconceituação, que passou por diversas fases até a configuração de um projeto ético-político hegemônico. Nesta perspectiva, no período de 1964 a 1974, destaca-se no Serviço Social a vertente “perspectiva modernizadora” como proposta de questionamento ao tradicional da profissão com práticas assistencialistas e ajustadoras dos sujeitos à ordem social vigente. Este questionamento perpassa por vários países, com destaque para a América Latina e o Cone Sul (Brasil, Argentina e Uruguai) que impulsionaram os debates a respeito da necessidade da profissão estar interligada às problemáticas da realidade continental, buscando recursos teóricos na tradição marxista.

Com a criação do INPS, em 1966, houve a ampliação dos serviços públicos para a profissão com o amparo de documentos para atuação do/a assistente social

na previdência bem como a regulamentação do Serviço Social nesta esfera, em 1967, com ações “individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho.” (BRAVO, 2011, p.125). Destaca-se, assim, que o Serviço Social na saúde, neste período, é marcado pela prática curativa, de auxílio a assistência médica e de aspectos educativos com o objetivo de amenizar o conflito exacerbado da relação capital-trabalho.

Entre 1974 e 1979, período de distensão política, Bravo (2011) aponta para duas vertentes do Serviço Social, a “reatualização do conservadorismo” e a “intenção de ruptura”. A primeira, remonta ao Serviço Social conservador com visão restrita às realidades individuais. Já a segunda vertente busca romper com o conservadorismo da profissão por meio do fomento de debates a respeito da formação e prática profissionais, tendo em vista a construção de diretrizes ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operacionais. Neste contexto, no período de abertura política, de 1979 à 1984, intensifica-se a vertente de “intenção de ruptura” com a articulação dos profissionais de Serviço Social bem como a formação de uma identidade enquanto categoria profissional.

A prática profissional na área da saúde não acompanhou os avanços das reflexões e debates a respeito da reestruturação da profissão, principalmente no que se refere ao debate sobre a política de saúde promovida no movimento da reforma sanitária. Nesta mesma conjuntura, destaca-se a ascensão dos movimentos em prol da reestruturação do sistema de saúde no Brasil, com a Reforma Sanitária Brasileira, da qual não houve a inserção do Serviço Social. Aponta-se como hipótese para esta desarticulação o fato de o Serviço Social estar em fase de revisão interna, havendo o esvaziamento desta categoria nos espaços de participação popular que abordaram a democratização da saúde (BRAVO, 2011).

Embora a categoria profissional não tenha participado ativamente da construção das políticas públicas de saúde, passou a debater e produzir no meio acadêmico sobre a temática de políticas públicas e cidadania que são abordadas de forma mais intensa com a Constituição Federal de 1988. Nesta perspectiva, o Serviço Social ampara atualmente no seu projeto ético-político, princípios e diretrizes que

compactuam com a democratização do acesso à saúde, bem como a defesa dos direitos sociais e da articulação com os movimentos sociais e outras categorias profissionais. Após a reestruturação da categoria, são redefinidos enquanto norteadores da profissão as Diretrizes Curriculares, o Código de Ética dos/as assistentes sociais e a Lei de Regulamentação do Serviço Social.

No âmbito da saúde, destaca-se como instrumento primordial para o trabalho do/a assistente social os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde”. Este documento realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) apresenta como diretrizes para a atuação profissional os direitos, competências dos/as assistentes sociais constituintes da Lei de Regulamentação da profissão e do Código de Ética. Neste sentido, o fazer profissional deve estar comprometido com a compreensão crítica da realidade, reconhecendo as demandas coletivas e individuais a partir de visão da totalidade, conforme infere a tradição teórico marxista que compõe as bases da formação dos/as assistentes sociais.

O trabalho do Serviço Social na saúde vincula-se aos componentes e princípios do SUS, bem como ao conceito de saúde que percebe os determinantes de saúde a partir da totalidade social. Retoma-se, nesta perspectiva os determinantes sociais de saúde, cujas expressões impactam no processo saúde-doença em diferentes níveis, como moradia, trabalho, educação, entre outras.

Conforme o documento (CFESS, 2010), os/as assistentes sociais trabalham na saúde a partir de quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Estas ações compactuam com a proposta da educação permanente em saúde, enquanto formação, atenção, gestão e controle social. Conclui-se que o Serviço Social está inserido nesta lógica de trabalho para o SUS e, portanto, compromete-se com uma formação em saúde nesta perspectiva de política pública que abrange muitas realidades sociais e saberes populares.

Portanto, por meio dos dispositivos de educação permanente em saúde há o fortalecimento da formação e da prática dos/as assistentes sociais para o SUS, articulando o projeto ético-político profissional há um projeto societário, político e ideológico de democratização da saúde. Neste viés o VER-SUS tem contribuído na

formação em saúde no Serviço Social por meio da relação entre prática e teoria, ressignificando a percepção dos estudantes sobre as realidades dos indivíduos, comunidades, e serviços de saúde por meio de vivências para o (re)conhecimento do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho abrangeu em seu processo o estudo da educação em saúde, a partir da compreensão do SUS, tendo em vista que a efetivação desta política pública perpassa a utopia “lá no horizonte” como aponta Eduardo Galeano de alcançar a democratização da saúde. O SUS tem como precedentes o posicionamento de diversos setores da população em defesa do direito social à saúde, com o movimento da reforma sanitária. Além disso, destaca-se que o trabalho no SUS deve considerar a diversidade cultural e social existente na população brasileira que podem ser conhecidas mais especificamente por meio da aproximação entre as ações e serviços de saúde aos territórios.

Com isso, a formação profissional voltada para o SUS deve ser consistente com estas demandas, sendo amparada, então, pela Educação Permanente em Saúde que abrange o projeto VER-SUS Santa Maria. Diante da importância de participar desta experiência ainda na graduação, o projeto VER-SUS proporciona um processo de ensino-aprendizado a partir da construção coletiva do conhecimento e da interação com os serviços de saúde e comunidades.

Nesta perspectiva, este trabalho se deteve a realizar uma pesquisa documental a partir dos relatórios pessoais do VER-SUS Santa Maria em 2018 e 2019, com o objetivo de identificar e analisar os elementos que constituem a educação popular na educação em saúde a partir da participação no VER-SUS de Santa Maria/RS, para a compreensão desta interação na formação profissional em saúde no âmbito do Serviço Social.

A utilização dos procedimentos metodológicos, com a coleta de dados e posterior análise por meio de técnica de análise de conteúdo, possibilitou a explanação de elementos que ocorreram durante as vivências, resultando na

categorização dos dados em três categorias temáticas: “Mobilização”, “Diálogos” e “Construção e Movimento”. Esses elementos constituem um processo de pesquisa que coincide com os acontecimentos das experiências no projeto, inicialmente com a organização, o conhecer a rede de atenção à saúde de Santa Maria e o método Josué de Castro, a escolha das instalações e dos dispositivos que mobilizaram os estudantes. Em seguida, percebem-se os diálogos que ocorrem nos Núcleos de Base, durante as visitas e as plenárias, debatendo temas inseridos na saúde entre diversas áreas de conhecimento. Por fim, destaca-se a construção de conhecimento que foram coletivamente produzidos e ressignificados na vida de cada participante ao final do projeto representado pela Mística. Ocorre, desse modo, o movimento de levar este conhecimento adiante, construindo novos olhares e sentidos para a formação acadêmica no âmbito da saúde, reforçando a importância da manifestação do SUS no cotidiano da população brasileira

Os resultados deste trabalho encontram-se na interação entre a teoria e a prática, proporcionada pelas diretrizes curriculares no que se refere a formação em saúde no Serviço Social, e na proposta de projeto de extensão do VER-SUS que possibilita o contato com a realidade social e saberes populares. Além disso, resulta deste estudo a percepção de aproximação entre projeto da reforma sanitária e o projeto ético-político dos assistentes sociais, com a defesa da equidade em saúde.

Ao final deste trabalho, sobressai-se a reflexão dos avanços e desafios para a efetivação do SUS desde a sua implantação, permeada pelas contradições dos governos neoliberais. Ainda são impostas severas dificuldades para sua ampliação e a promoção da democratização do acesso à saúde, sendo necessário a luta constante em sua defesa a partir dos movimentos sociais e categorias profissionais, mantendo o sonho (ou a utopia) permanentemente vivo.

De sonhação
o SUS é feito;
com crença e luta
o SUS se faz.
Saúde é coisa branco?

Saúde é coisa de preto?

Saúde é coisa de gente?

Saúde comporta gueto?

De sonhação

o SUS é feito;

com crença e luta

o SUS se faz.

Saúde é coisa de elite?

O SUS é coisa do povo?

O acesso tem um limite?

O SUS é vida pra todos?

De sonhação

o SUS é feito;

com crença e luta

o SUS se faz.

Toda doença é complexa

do nascedouro ao finzinho

porque nasce em ser complexo

não há reta nem convexo

não despreze um só caminho

De sonhação

o SUS é feito;

com crença e luta

o SUS se faz. (Ray Lima)

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ARANHA, M. L. A. **História da educação e da pedagogia: geral e Brasil** (livro eletrônico). São Paulo: Moderna, 2012.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena; Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (organizador). **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BASTOS, Jota. Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde. **Revista COES em movimento**. DENEM: Curitiba, n.1, 2013.

BRANDÃO, C. R. **O que é Educação Popular**. eBook. São Paulo: Brasiliense, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8080. **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 623**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** (Edição revisada). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença**. Brasília. Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ, v.17, n1, p.77-93, 2007.

CALDART, R. S. **Pedagogia do Movimento Sem Terra: escola é mais do que escola**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (editorial)**. São Paulo: UNESP, v. 22, n. 64, p. 5-8, 2018.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS A.C.P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **ACTA Paulista de Enfermagem**. São Paulo: UNIFESP, v.21, n.2, p.256-261, 2008.

CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 8-31, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CORTEZ, P. A.; SOUZA, M. V. Menos Profissionais, mais sujeitos: formação para a educação popular no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Educação Popular**. Uberlândia, v.16, n.2, p.27-37, 2017.

FACCHINI, L. A. A declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. **Portal EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-granderrelevancia-em-varios>. Acesso em: 26 de setembro de 2020.

FELTRIN, T. **Educação popular no Brasil: forças que concorreram para a emergência da Escola Nacional**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, p. 170, 2017.

FERLA, A. A.; et al. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos [documento eletrônico]**. Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio

Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.14, n.3, p.743-752, 2009.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** (Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira). 7.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 12.ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

GONDIM, G. M. M. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, Angélica F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 87-119.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passo e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014

MORAES, P.A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: USP, v.45, n. 1, p. 19-25, 2011.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

OCKE-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 41, n. 113, p. 365-371, 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, p. 300, 2007.

VIANNA, L. A. C. **Módulo Político Gestor - processo saúde doença: Especialização em Saúde da Família**. Una-SUS UNIFESP. Disponível em:

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf. Acesso em: 25 de setembro de 2020.