Agentes de EDUCAÇÃO Popular em SAÚDE

CADERNO DE FORMAÇÃO

CONTRIBUINDO COM A CONSTRUÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE

VOLUME 2

FIOCRUZ
BRASIL BEM CUIDADO
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

CADERNO DE FORMAÇÃO

VOLUME 2

Agentes de EDUCAÇÃO Popular em SAÚDE

CONTRIBUINDO COM A CONSTRUÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE

FIOCRUZ

BRASIL BEM CUIDADO

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

...NIÃO E RECONSTRUÇÃO

EXPEDIENTE

Fundação Oswaldo Cruz – Brasília
GEREB – Escola de governo
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Ministério da Saúde

Luiz Inácio Lula da Silva
Presidente da República

Geraldo Alckmin
Vice-Presidente da República

Nísia Verônica Trindade Lima
Ministra da Saúde

Swedenberger do Nascimento Barbosa
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde

Maria Rocineide Ferreira da Silva
Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa e Participativa da SE/MS
Coordenação da Política Nacional de Educação Popular em Saude - PNEPS-SUS:

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Lívia Milena Barbosa de Deus e Méllo
Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Felipe Proenço De Oliveira
Secretário de Atenção Primária à Saúde

Lilian Silva Gonçalves
Coordenadora do Acesso e Equidade

Mario Santos Moreira
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Maria Fabiana Damásio Passos
Diretora da Fiocruz Brasília

Osvaldo Peralta Bonetti
Coordenador do Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação em Saúde

Anamaria D'Andrea Corbo
Diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESCRITA E DESENVOLVIMENTO

Adriana Lohanna dos Santos
Educadora Popular, Professora, Transexual e Ativista do Movimento LGBTQIAPN+, Especialista em Coordenação Pedagógica, Especialista em Gênero e Sexualidade na Educação, Especialista em Sexologia, Mestre em Educação.

Alessandra Maria da Conceição
Conhecida como Alê, Assistente social, integrante da Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara no território Olinda-Paulista – Mãos Solidárias Pernambuco

Alexandre Pessoa Dias
Engenheiro civil, com ênfase em Engenharia Sanitária , Especialista em Saneamento e Controle Ambiental pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz. Doutor em Medicina Tropical pelo Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Alexsandro de Melo Laurindo
Sanitarista, Especialista em Saúde do Campo, Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (UnB), Consultor técnico na Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, DEGES/SGTES/Ministério da Saúde

Ana Maria Sales Placidino
Ekedji Okademin. Povo de Terreiro e Extrativista Erveira. Educadora Popular. Contadora de Histórias e Poetisa. Membro da Rede Kitaanda Bantu: Etnodesenvolvimento de Povos e Comunidades Tradicionais.

Ana Karolina Keil
Fonoaudióloga, Especialista em Realidade Brasileira (UFPR), Militante do Levante Popular da Juventude.

Ariandeny Silva de Souza Furtado
Nutricionista, Servidora Publica Federal - Coordenadora de Articulação para o Etnodesenvolvimento Quilombola e de Povos e Comunidades Tradicionais no Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar- MDA, Doutora em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial pela UFRPE

Arlindo Pereira de Souza Neto
Graduando do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e Militante do Movimento Brasil Popular

Camila Tenório Ferreira
Consultora técnica na Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde DEGES/ SGTES/Ministério da Saúde

Carolina de Toledo Braga
Historiadora, Educadora e Comunicadora Popular, Mestre em História Social (UFF) – Doutoranda em Desenvolvimento Sustentável (UnB), Consultora técnica na Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde DEGES/SGTES/Ministério da Saúde

Carolina Veras Pessoa da Silva
Consultora técnica na Coordenação-geral de integração Ensino-Serviço-Comunidade DEGES/ SGTES/Ministério da Saúde

Cristiana Marinho Maymone
Consultora Técnica da Coordenação de Alimentação e Nutrição (CGAN/DEPPROS/SAPS/MS) na equipe de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. Nutricionista (UFPE), especialista em saúde indígena (UNIFESP), especialista pela residência multiprofissional em interiorização da atenção à saúde (UFPE/CAV), mestre em nutrição em saúde pública (FSP/USP)

Daniela Bruno dos Santos
Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Residente pelo programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para Saúde, Fiocruz Brasília

Débora Antoniazi Del Guerra
Enfermeira Sanitarista, Assessora em Políticas Públicas para Mulheres, compõe a Coletiva Etinerâncias.

Dayane Stefany dos Santos
Enfermeira, Especialista em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo, Florestas e Águas, Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde – ANGICOS – Fiocruz Brasília

Dulce Fátima Cerutti
Cientista Política, Analista Técnica de Políticas Sociais (ATPS) e atualmente desenvolve trabalho no gabinete da Secretaria-Executiva.

Edilene de Menezes Pereira
Graduação em Geografia, Especialização em Análise Ambiental e Gestão do Território Mestrado em Práticas em Desenvolvimento Sustentável (UFRRJ), Professora-Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Érika Rodrigues de Almeida
Coordenadora subtituta da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde DEGES/SGTES/Ministério da Saúde

Felipe Bagatoli Silveira Arjona
Graduação em Geografia (PUCRJ), Especialização em Políticas Territoriais no Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Doutor em Geografia (PUCRJ), Professor-pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Fernanda Severo
Graduação em História (UFRGS), Doutora em História Ibérica e Americana (PUCRS) Pesquisadora do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e do Jacarandá - Núcleo de Educação e Humanidades em Saúde da Fiocruz Brasília.

Gabriela Reis
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; Ministério da Saúde

Helena Maria Scherlowski Leal David
Professora titular, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Iara Duarte Lins
Educadora Popular – Mestra em Educação Popular – Integrante do Conselho de Educação Popular da América Latina e Caribe (CEAAL) – Coordenadora Geral de Educação Popular na SNPS/ DEP, Secretaria-Geral da Presidência da República

José Vanilson Torres da Silva
Coordenação Nacional do Movimento Nacional de População em Situação de Rua MNRP, Conselheiro Nacional de Saúde, Coordenação Adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do CNS.

Joseleide Lins da Silva
Conhecida como Vinha, integrante da Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara e coordenadora da Cozinha Popular Solidária dos Milagres/ Ibura – Mãos Solidárias Pernambuco

Kelly Poliany de Souza Alves
Nutricionista (UFAL), Especialista em Saúde da Família (EFSFVS/UVA), Mestre em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPGANS-UERJ) e Doutora em Saúde Coletiva (PPGSC-UERJ). Atualmente Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DEPPROS/SAPS).

Laila Talita da Conceição Costa
Educadora Popular, Assistente Social, Especialista em Educação Popular em Saúde e Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (Fiocruz Brasília); Doutora em Serviço Social (UFPE) – Assessora especializada da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde

Larissa Correia Nunes Dantas
Consultora técnica na Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde DEGES/SGTES/Ministério da Saúde

Larissa Leite Batista
Psicóloga, Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde – ANGICOS – Fiocruz Brasília

Layza da Rocha Soares
Doutora em Economia (UFF), Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO/RJ).

Lorena Padilha
Psicóloga, Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Nusmad) Fiocruz Brasília.

Luana Gomes
Comunicadora e Educadora Popular do Núcleo de Formação Popular Família Hip Hop - DF/ RIDE

Maria Auxiliadora Córdova Christófaro
Professora e colaboradora do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Maria das Graças Epifânio da Silva
Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ/MG).

Maria Eulina Marques de Sousa
Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde – ANGICOS – Fiocruz Brasília

Mateus dos Santos Brito
Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ/BA).

Maurício Monken
Graduação em Geografia (UERJ), Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Osvaldo Peralta Bonetti
Enfermeiro (UFRGS), Especialista em Bioética pela Cátedra da UNESCO (UNB) Mestre em Saúde Coletiva (UNB), Coordenador do Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde – ANGICOS – Fiocruz Brasília.

Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco – Professora da Universidade de Pernambuco (UPE)

Paulo Cerioli
Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)

Paulo Rogério Adamatti Mansan
Graduado em Filosofia (PUC-RS), Especialização em Questão Agrária (UFRPE), Doutor em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial (PPGADT--UFRPE)

Priscylla Alves Nascimento de Freitas
Assistente Social (UFPB), Especialista em Saúde da Família do Campo (UPE), Mestranda em Saúde Pública - Fiocruz Pernambuco. Compõe o coletivo temático de ecossistemas e saúde do Movimento Pela Saúde dos Povos. Assessora Técnica para a temática de saúde e ambiente na Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde.

Renata Pekelman
Médica de Família e Comunidade – Gerência de Atenção Primária em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) Porto Alegre

Sérgio de Souza Cruz
Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde – ANGICOS – Fiocruz Brasília

Simone Mattos
Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde – ANGICOS – Fiocruz Brasília

Suzany Ludimila Gadelha e Silva
Psicóloga Social, Coordenadora de Projetos - Movimento de Trabalhadoras e Trabalhadores por Direitos

Thays Santos Carvalho
Diretora da Escola Nacional Paulo Freire – Membra-titular da Comissão de Articulação e Assessoramento ao processo de Fortalecimento da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde – Articula PNEPS-SUS

Victor de Jesus
Graduado em Ciências Sociais (UFES), Doutor em Ciências Sociais (UFES), Tecnólogo em Saneamento Ambiental (IFES).

CURADORIA
Helena Maria Scherlowski Leal David
Maria Auxiliadora Córdova Christófaro
Renata Pekelman
Thays Santos Carvalho

REVISÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL
Elisa Maiby Carvalho Augusto

EDITORAÇÃO
Carolina de Toledo Braga

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO
DeLourenco (Tiago Lourenço Soares Araújo)
Designer gráfico, Militante do Levante Popular da Juventude

"Esta publicação foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz. O conteúdo da publicação é um dos resultados do Programa de Formação de Agentes Educadores e Educadoras Populares de Saúde (AgPopSUS), e é responsabilidade exclusiva dos autores e não representa necessariamente a posição da Fiocruz."

SUMÁRIO

11 **EIXO TEMÁTICO 4: SUS E AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADOS**

12 Primeiro momento: Mística e Boas-Vindas

13 Segundo momento: Roda de conversa sobre as visitas orientadas
Terceiro momento: Leitura coletiva

14 Terceiro momento: O que é ter saúde?

16 Quarto momento: Saúde como direito e a luta pela construção do SUS no Brasil

16 Quinto momento: Saberes populares e práticas tradicionais do cuidado à saúde

18 Práticas de atenção, saúde, higiene e cuidado cotidianas para não esquecer

22 Sexto momento: Tempo Comunidade

22 1. Alimentação Saudável e acesso a água tratada

23 2. Equipamentos de combate à fome

23 Plano de Ação

24 Sétimo momento: Rodada de Avaliação do Eixo

24 Oitavo momento: Mística de encerramento

25 Momento Leitura

33 **EIXO TEMÁTICO 5: SOBERANIA ALIMENTAR, AGROTÓXICOS E COMBATE À FOME**

34 Primeiro momento: Mística e boas-vindas

35 Segundo momento: O que é a Fome?

36 Terceiro momento: Quais são as raízes da fome no Brasil?

38 Teatro do Oprimido

42 Quarto momento: Orientações para o Tempo Comunidade

44 Quinto momento: Rodada de avaliação

44 Sexto momento: Mística Final

45 Momento Leitura

55 EIXO TEMÁTICO 6: POR TERRITÓRIOS E MOVIMENTOS

56 Primeiro momento: Mística e boas-vindas

57 Segundo momento: O que já sabemos sobre o tema

57 Terceiro momento: Sistematização do Conhecimento

58 Quarto momento: Socialização do Tempo Comunidade

58 Quinto momento: Construção da estratégia de comunicação popular

59 Sexto momento: Orientações para o Tempo Comunidade, desenvolvimento do Plano de Ação e preparação para a Mostra

61 Sétimo momento: Avaliação do Eixo e do Curso

61 Oitavo momento: Mística Final

62 Momento de Leitura

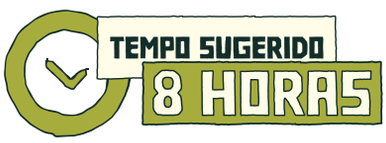
135 Referências bibliográficas

EIXO TEMÁTICO 4

EIXO TEMÁTICO 4:
SUS E AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADOS

Objetivo geral: Reconhecer o Sistema Único de Saúde, os saberes populares e práticas tradicionais na atenção e no cuidado à saúde

SUBTEMA	OBJETIVO	CONTEÚDOS
Saúde e processo saúde- doença-cuidado	Discutir o que é saúde e determinação social do processo saúde--doença-cuidado;	- Saúde; - Processo saúde e doença; - Determinação social do processo saúde-doença-cuidado.
Saúde como direito e construção do SUS	Refletir sobre os princípios e as instâncias de participação popular e controle social do SUS;	-Princípios do SUS; -Conselhos e Conferências de saúde.
Saberes populares e práticas tradicionais de cuidado à saúde	Reconhecer os saberes populares e práticas tradicionais de cuidados à saúde.	-Conhecimentos populares sobre o cuidado à saúde.



TEMPOS EDUCATIVOS	DURAÇÃO
Mística e Boas-Vindas	25 min
O que já sabemos sobre o tema	90 min
Sistematização do conhecimento	45 min
Orientações para o Tempo Comunidade	100 min
Avaliação	30 min
Mística final	20 min
Intervalos (manhã e tarde)	20 min para cada

PARA ATIVIDADES PLANEJADAS, O(A) EDUCADOR(A) VAI PRECISAR DOS SEGUINTES MATERIAIS:

3 unidades de papel pardo
1 fita crepe ou varal com prendedor para fixar o mural/mapa
30 folhas sulfite ou de caderno
Canetas

PRIMEIRO MOMENTO: MÍSTICA E BOAS-VINDAS





Para esta mística, o(a) educador(a) deve orientar a turma a se dividir em dois grupos. Cada um dos grupos irá montar uma encenação sobre cuidados de saúde, a partir do texto a seguir:

VEM PRO SUS

É um dever do Estado, direito do cidadão
O SUS nasce com a luta popular,
Pautado por 3 princípios pra na mão não te deixar
Universal e integral também
É de graça pra população, do idoso ao neném
De equidade não precisa nem falar
De brasileiro a imigrante, todes podem se cuidar
ar ar

Então vem, vem vem vem
Ser usuário do SUS também
Lutar contra a privatização, meu bem
Vem pro SUS também, vem pro SUS também

Qualidade da água e também do ar,
Vigilância sanitária, ele bota pra quebrar
Controle de epidemia e farmácia popular
Remédio de alto custo? É só ir buscar!
O serviço em rede é essencial
Com informação em dia, saúde fica no grau
Vem, vem que vem, vem então conhecer
Equipamento de saúde de A a Z

Então vem, vem vem vem
Ser usuário do SUS também
Lutar contra a privatização, meu bem
Vem pro SUS também, vem pro SUS também

Ele manda o SAMU, se você se acidentar
Tem também a AMA pra você não se lascar
Na atenção básica, a UBS manda ver:
Vacina a região e previne a transmissão
Ele salva com a UPA onde não tem hospital
Leve-leite vem na creche alimentar o maternal

Pop carcerária, indígena, LGBT
Todo mundo tem voz, o SUS vem atender
E a chave de ouro: saúde mental
No CAPS cê vai ver atenção psicossocial
Tem o infantojuvenil e também o AD
Álcool e drogas pensadas na RD
É o SUS antimanicomial
Caminhando com a Psico
Por justiça social

Então vem vem vem vem vem
Ser usuário do SUS também
Lutar contra a precarização, meu bem
Vem pro SUS também, garanta seus direitos também.

Autoras(es): Ana Clara Azanha, Aya T. Kitadai, Celina Andrade, Isabela Ismael, Isabella Croccia D'Onofrio, Natália G. dos Santos, Pedro Sabino, Sergio Mafei

A partir da escuta da música, cada grupo escolhe um tema para encenar. Após esse momento, o(a) educador(a) deve sugerir um debate com as seguintes perguntas: como foi encenar? por que escolheu o tema que encenou? o que achou da encenação do outro grupo? O(a) educador(a) deve destacar a importância das experiências cotidianas para pensar em estratégias do cuidado em saúde.

SEGUNDO MOMENTO: RODA DE CONVERSA SOBRE AS VISITAS ORIENTADAS



A Em roda, as(os) educandas(os) vão compartilhar as experiências da visita orientada no encontro anterior, em que a turma visitou um serviço ou equipamento do SUS.

O(a) educador(a) indica no **Mapa Falante** a localização da(s) unidade(s) de saúde visitada(s) e faz uma introdução à avaliação da visita, tendo em vista o que foi falado pelas(os) educandas(os) e faz as seguintes perguntas:

- COMO FORAM RECEBIDAS(OS) NO SERVIÇO DE SAÚDE VISITADO?
- CONSEGUIRAM AS INFORMAÇÕES PRETENDIDAS?
- COM QUEM CONVERSARAM NO SERVIÇO, COM PROFISSIONAIS, USUÁRIAS(OS), VIGILANTES?
- COMO O SERVIÇO É ORGANIZADO? (EX. DIA E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO)
- A UNIDADE PRESTA SERVIÇO A TODA COMUNIDADE QUE VIVE NO TERRITÓRIO?
- QUAIS SÃO OS SERVIÇOS QUE A UNIDADE DE SAÚDE VISITADA PRESTA À COMUNIDADE?

O(a) educador(a) deve preparar três cartazes com as questões a seguir, fixar na parede e solicitar à turma as respostas às questões:

- QUAIS SÃO OS PONTOS POSITIVOS?
- O QUE PRECISA MELHORAR?
- COMO COMPARTILHAR COM A COMUNIDADE A EXPERIÊNCIA DESTA VISITA?

TERCEIRO MOMENTO: O QUE É TER SAÚDE?



Antes de entendermos e debatermos a respeito do nosso sistema público de saúde, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), vamos conversar um pouco sobre o que são e como ocorrem a saúde e a doença junto ao nosso povo.

DINÂMICA: CONSTRUINDO NOSSO VARAL DE DESENHOS "O QUE É SAÚDE E DOENÇA PRA VOCÊ?"

Dividir os participantes em duplas para a primeira atividade. Solicitar que conversem e elaborem um desenho respondendo às perguntas a seguir:

1. O QUE SIGNIFICA TER SAÚDE PARA VOCÊ? COMO VOCÊ BUSCA TER SAÚDE?

2. O QUE É ADOECIMENTO? COMO PODE ACONTECER?

Pedir para que cada dupla apresente brevemente o que foi conversado e desenhado. Enquanto isso, as(os) participantes colocam os desenhos em um varal ou em mural na parede e o(a) educador(a) sistematiza as palavras-chave em um quadro.

A partir do conteúdo trazido, o(a) educador(a) acrescenta o debate sobre os conceitos do processo saúde-doença, ou melhor, saúde-doença-cuidado.

Como é possível perceber, é difícil definir saúde ou doença com poucas palavras ou apenas com uma visão. Cada pessoa e cada comunidade vive e entende esses conceitos de formas variadas, o que também muda ao longo do tempo.

Há milhares de anos, os seres humanos explicam o surgimento de doenças ou situações de cura por causas místicas, religiosas ou sobrenaturais. Com o passar do tempo, foram sendo observadas doenças causadas por alterações no ambiente em que se vivia e que elementos naturais poderiam ajudar a

curar algumas doenças. Com o avanço da ciência e a descoberta dos micro-organismos, focou-se por um tempo só na esfera biológica, o que gerou uma centralização da saúde nos médicos, nos remédios e nos hospitais.

Porém, mesmo as doenças vindas de microrganismos afetam de forma diferente pessoas pobres e ricas, bairros periféricos e centrais, zona rural e urbana. Passou-se então a estudar a saúde como uma questão coletiva e a entender que esta não era apenas um fenômeno biológico, mas que múltiplas condições da vida das pessoas a influenciam.

ONDE A PESSOA MORA E COM QUEM?
COMO TRABALHA (SE TRABALHA)?

TEVE ESTUDO?

O QUE GOSTA DE FAZER?

QUAL É SUA COR, SEU GÊNERO E SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL?

COMO CUIDA DE SUA SAÚDE?

Na 8ª Conferência Nacional, um marco para a Reforma Sanitária Brasileira, saúde é definida como:

> *a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais, podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e de saúde. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Brasil, 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).*

QUARTO MOMENTO: SAÚDE COMO DIREITO E A LUTA PELA CONSTRUÇÃO DO SUS NO BRASIL



O(a) educador(a) pede que a turma faça a leitura em voz alta da introdução do texto: “SUS e as práticas populares de cuidado”, na pág. 25. O(a) educador(a) faz perguntas geradoras sobre esta pequena parte do texto para provocar uma leitura crítica.

Após a interpretação coletiva daquela parte do texto, a turma é dividida nos NBs para lerem as demais partes do texto no Momento de Leitura. Cada grupo deve ficar com um dos tópicos a seguir:

1) SAÚDE, PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

2) SAÚDE COMO DIREITO E A LUTA PELA CONSTRUÇÃO DO SUS NO BRASIL

3) PRÁTICAS TRADICIONAIS E SABERES POPULARES

A ideia é que, depois das leituras, cada NB faça uma apresentação do tópico que leu para compartilhar o conhecimento no grande grupo.

QUINTO MOMENTO: SABERES POPULARES E PRÁTICAS TRADICIONAIS DO CUIDADO À SAÚDE



Para mantermos uma vida saudável e cheia de saúde, precisamos cuidar de nós e das pessoas ao nosso redor. Atividades coletivas como caminhadas, prática de esportes, rodas de conversas e cozinhas comunitárias são importantes para mantermos a boa saúde mental e também para construirmos laços de amizade, solidariedade e companheirismo para lutar por melhores condições de vida e pelo acesso aos equipamentos de saúde pública nos territórios.

O(a) educador(a) deve lembrar de recomendar essas práticas a todas(os) as(os) participantes e fazer um levantamento de outras práticas de cuidado e atenção que vão surgir porque as(os) educandas(os) já as fazem. Também é possível fazer uma partilha das receitas caseiras e dos conhecimentos sobre ervas e plantas medicinais de cada educando(a).



Uma ideia seria criar um **livro de receitas compartilhadas** entre as(os) AgPopSUS ou um **mural coletivo de receitas** que fique na parede da sala de aula durante o restante do tempo do curso.

Para iniciar este momento, o(a) educador(a) pede à turma exemplos de práticas e saberes populares usuais na comunidade onde vive.

Estes são exemplos de perguntas orientadoras para esta atividade:

- QUAIS PRÁTICAS TRADICIONAIS USADAS NO COTIDIANO DAS PESSOAS VOCÊ CONHECE? PODEM SER CHÁS, ERVAS, COMIDAS, REZAS...
- COM QUEM APRENDEU? JÁ COMPARTILHOU ESSA RECEITA COM OUTRA PESSOA?
- VOCÊ JÁ CONVERSOU COM ALGUÉM DO POSTO DE SAÚDE OU DO HOSPITAL SOBRE ESSA PRÁTICA?

Para inspirar a criação das receitas compartilhadas para criação do livro ou mural, o(a) educador(a) pode sugerir uma leitura nos NBs das dicas e receitas a seguir e, depois, levantar perguntas como:

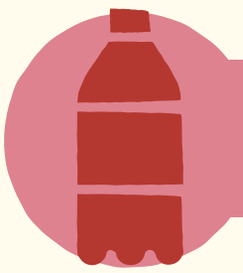
- VOCÊ JÁ CONHECIA ALGUMA DESSAS PRÁTICAS? CONHECE OUTRAS DIFERENTES?

O(a) educador(a), então, pode deixar as(os) educandas(os) soltarem a imaginação para escrever as receitas tradicionais da sua comunidade e do seu território e, depois, compartilharem entre si.

PRÁTICAS DE ATENÇÃO, SAÚDE, HIGIENE E CUIDADO COTIDIANAS PARA NÃO ESQUECER

1- LAVAR AS MÃOS POR MAIS DE 20 SEGUNDOS.
2- LAVAR DEBAIXO DAS UNHAS.
3- ESCOVAR OS DENTES PELO MENOS 3 VEZES AO DIA.
4- TROCAR A ESCOVA DE DENTES A CADA 3 MESES.
5- LAVAR A CASA COM SOLUÇÃO DA GARRAFA DO CUIDADO* E/OU ÁGUA SANITÁRIA.
6- PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS EM GRUPO AO MENOS 3 VEZES POR SEMANA.





*A GARRAFA DO CUIDADO É UMA GARRAFA PET DE 2 LITROS COM ÁGUA, 20 ML DE ÁGUA SANITÁRIA E UMA COLHER DE SOPA DE DETERGENTE. SERVE PARA LAVAR AS MÃOS OU OBJETOS QUANDO HÁ GRANDE FALTA DE ÁGUA NA CASA.

DICAS DE SAÚDE:

DICA 01: Descanse e prefira locais com boa circulação de ar; abra as janelas dos quartos e da casa.

DICA 02: Tome bastante água, sucos e chás várias vezes ao dia; a quantidade de líquidos deve corresponder a 2 ou 3 litros por dia; os chás terapêuticos devem ser tomados nos horários corretos.

DICA 03: Cuide da alimentação; utilizando frutas como laranja, limão, abacaxi, acerola dentre outras, além de verduras frescas. Sempre que possível, consuma as orgânicas e agroecológicas;

DICA 04: Se tiver acesso a própolis, utilize 30 gotas, pelo menos duas vezes ao dia;

DICA 05: Para dor de cabeça, faça compressa fria com chá de camomila;

DICA 06: Em caso de febre, tome um banho e coloque compressas frias nas axilas e pescoço; se tiver acesso a termômetro, confira a temperatura 2 vezes ao dia;

DICA 07: Lave o nariz com jatos de soro fisiológico (adquirido em farmácias) ou caseiro;

DICA 08: Se tiver dor de garganta, pode fazer gargarejo com água morna e sal de cozinha ou bicarbonato de sódio;

DICA 09: Em caso de tosse, tome uma colher de lambedor 3 vezes ao dia;

DICA 10: Em caso de diarreia, tomar soro caseiro e ou chás (das folhas da pitanga ou goiaba)

RECEITAS CASEIRAS:

SORO CASEIRO

Para fazer o soro, primeiro ferva 1 litro de água limpa e depois coloque para esfriar;
Para cada litro, coloque uma colher de chá de sal e duas colheres de sopa de açúcar;
Mexa bem e experimente: deve ter o gosto da lágrima, levemente salgado.
Ofereça, em pequenas quantidades, para a pessoa doente várias vezes ao dia.

PARA ADULTOS: ÁGUA COM LIMÃO

Para cada 300 ml de água limpa, fervida, fria, coloque o suco de 1 limão médio. Basta tomar uma vez ao dia. Você já ouviu falar nessa mistura? Para que é usada? Faz parte do conhecimento popular?

ALHO

O consumo de 1 dente de alho in natura (cru) ao dia, pode ajudar em diversas situações. Pesquise.
Não pode fritar nem cozinhar. Experimente comer no almoço bem picadinho, misturado com a comida.

APRENDENDO SOBRE CHÁS

Para os chás feitos com folhas verdes, coloque água fervente em cima das folhas e abafe com um prato (também chamado de banho-maria). Não ferva a água com as folhas já dentro.

Os chás feitos com sementes, galhos e folhas secas podem ser fervidos.

CHÁ PARA GRIPE E FEBRE (PARA CRIANÇAS APÓS DENTIÇÃO E ADULTOS)

1 limão partido em cruz
1 dente de alho partido em cruz
4 a 5 folhas de pitanga (procure sempre as folhas saudáveis que não tenham furos nem fungos)
Ferver todos os ingredientes por 2 a 3 minutos com 300 ml de água limpa.
Pode ser servido em 2 vezes.



Obs. 1: Experimente consumir o chá sem utilizar açúcar. Adoce com mel, açúcar mascavo ou com a menor quantidade de açúcar que puder.

Obs. 2: Evite reaquecer o chá ou consumi-lo após 24 horas.

FARMÁCIAS VIVAS



Para cuidar da saúde do povo, nada melhor que uma Farmácia Viva. As Farmácias Vivas são hortas onde se cultivam plantas medicinais. Podem ser coletivas ou semicoletivas. Quando falamos das coletivas, queremos dizer aquelas que são feitas por todo o coletivo de uma comunidade, na área coletiva. As semi coletivas podem ser individuais ou em pequenos grupos, quer dizer, uma pessoa pode cultivar determinado tipo de planta na sua casa e ceder para as atividades coletivas quando for necessário.

A Farmácia Viva deve ter as plantas mais usadas pela comunidade, identificadas por levantamento realizado pelos agentes de educação popular em saúde. Outras instituições, como universidades, Fiocruz e IFs, podem colaborar com este levantamento e identificação das plantas, onde for possível.

Depois de as(os) agentes terem construído um livro ou outra forma de registro com as plantas medicinais da sua comunidade, podem escolher um local para fazerem uma horta de plantas medicinais, valorizando o conhecimento popular.



IDEIA:
Esse trabalho com as plantas medicinais pode ser feito nas escolas do seu território. É interessante tanto para o envolvimento das crianças e adolescentes nos cuidados naturais da sua saúde e de sua família, quanto para o plantio e organização de uma horta de plantas medicinais no terreno da escola. Os estudantes podem ser estimulados a se responsabilizar pelo cuidado com a terra (Albuquerque et al., 2023).

Fonte: Agentes populares de saúde do campo: contribuindo como o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas comunidades do campo / Paulette Cavalcanti de Albuquerque [et al.]. - Recife: Instituto Aggeu Magalhães, 2023.

SEXTO MOMENTO: TEMPO COMUNIDADE



O(a) educador(a) começa relembrando a relação entre as condições de vida e as situações de saúde. A partir daí, a sugestão é a realização de uma pesquisa popular como atividade do Tempo Comunidade deste módulo. O objetivo dessa pesquisa popular é investigar o acesso a alimentação saudável e água potável na sua comunidade.

O(a) educador(a) apresenta à turma o seguinte roteiro para fazer a pesquisa:

I) ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ACESSO A ÁGUA TRATADA:

O(a) educador(a) orienta a cada educando(a) realizar uma entrevista em três domicílios (no mínimo). O ideal é que as entrevistas sejam feitas em diferentes localidades da comunidade em que vive.

O(a) educador(a) deve lembrar de instruir as(os) educandas(os) a entrar na casa das outras pessoas com educação, respeito e simpatia. Lembrar, sempre, de se apresentar e explicar o porquê de estar fazendo estas perguntas à sua comunidade.

Perguntas que podem ser feitas:

- Quantas refeições são feitas por dia na sua casa?
- Essas refeições são feitas por todos os moradores da casa?
- Essas refeições são feitas por todos os moradores da casa todos os dias da semana?
- Em geral, o que compõe a alimentação dos moradores da casa (arroz, feijão, carne, ovos, legumes, frutas, leite)?
- Onde são adquiridos os alimentos (mercado, feiras, hortas, roça, cooperativa, doações etc.)?

- Tem acesso a água tratada?
- A água da sua casa vem de poço ou da rua?
- Você ferve a água antes de beber?
- Você faz algum tratamento na água antes de beber (cloro etc.)?
- A água que você cozinha é a mesma que você usa para regar as plantas?

2) EQUIPAMENTOS DE COMBATE À FOME:

Na segunda parte deste Tempo Comunidade, as(os) educandas(os) devem realizar um levantamento dos equipamentos e dispositivos públicos ou sociais existentes no território que ofertam ações com o objetivo de contribuir com a alimentação dos moradores que precisam de ajuda.

Exemplo:
O território possui cozinha ou restaurante comunitário, horta comunitária, horta medicinal, atendimento em instituições (escolas, centros religiosos, ONGs, associações, centro comunitário)? Onde ficam?

Para estas atividades, as(os) educandas(os) devem anotar as respostas ou gravar áudios e ou vídeos com as respostas.

3) PLANO DE AÇÃO

A quarta etapa de elaboração do Plano de Ação é feita neste Tempo Comunidade. Vocês já devem ter um problema principal escolhido e ações pensadas ou elaboradas. Neste momento, devem discutir o que o problema principal tem a ver com os dois levantamentos propostos. Há alguma coisa mais que possam fazer para resolver os problemas?

É também o momento de começar a preencher a planilha com as ações e atividades do plano.

Ações (O que fazer?)	Etapas para realizar as ações (como fazer?)	Produtos das etapas	Resultados das ações	Responsáveis	Prazo para concluir as etapas	Observações

4ª SISTEMATIZAÇÃO: AS(OS) EDUCANDAS(OS) DEVEM CONTINUAR A REGISTRAR DIARIAMENTE SEUS APRENDIZADOS, LEITURAS, EXPERIÊNCIAS, REFLEXÕES OU SENTIMENTOS. ESTE É O MOMENTO TAMBÉM DE DESCREVER COMO FORAM OS LEVANTAMENTOS, SE CONSEGUIRAM FAZER, COMO FOI O PLANEJAMENTO E SE CONSEGUIRAM PENSAR AS AÇÕES E ETAPAS.

SÉTIMO MOMENTO: RODADA DE AVALIAÇÃO DO EIXO



Cada educando(a) responde a três pontos sobre as atividades realizadas:

1) **QUE BOM:** destacam-se os pontos fortes das atividades do eixo;
2) **QUE PENA:** destacam-se os pontos do eixo que precisam ser melhorados;
3) **QUE TAL:** podem aparecer sugestões de ajustes para o eixo.

O(a) educador(a) pede para as(os) educandas(os) falarem sua avaliação e compartilharem com a turma as suas percepções.

OITAVO MOMENTO: MÍSTICA DE ENCERRAMENTO



O(a) educador(a) reproduz a música para a turma e pede para cada educando(a) falar uma palavra que traduz para ele(a) o sentido da música.

COMIDA



Bebida é água.
Comida é pasto.
Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?
A gente não quer só comida,
A gente quer comida, diversão e arte.
A gente não quer só comida,
A gente quer saída para qualquer parte
A gente não quer só comida,
A gente quer bebida, diversão, balé.
A gente não quer só comida,
A gente quer a vida como a vida quer.

Bebida é água.
Comida é pasto.
Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?
A gente não quer só comer,
A gente quer comer e quer fazer amor.

A gente não quer só comer,
A gente quer prazer pra aliviar a dor.
A gente não quer só dinheiro,
A gente quer dinheiro e felicidade.
A gente não quer só dinheiro,
A gente quer inteiro e não pela metade.
Bebida é água.
Comida é pasto.
Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?

Autoras: Arnaldo Antunes,Marcelo Fromer, Sérgio Britto

TEXTO I
SUS E AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO

ESTE TEXTO É DE CONSTRUÇÃO COLETIVA

Saúde é um assunto que faz parte do cotidiano das pessoas, daí agregar saberes, conhecimentos e modos de cuidar que vêm sendo acumulados ao longo da história da humanidade. No Brasil, a saúde da população é de responsabilidade do Estado, o que acontece através do Sistema Único de Saúde (SUS). Com menos de quatro décadas de existência, o SUS acumula informações, estratégias de organização e funcionamento, atividades e ações (técnicas, científicas, operacionais) e desafios de diferentes natureza e grandeza, na perspectiva de fazer valer as atribuições definidas no artigo 200 da Constituição Federal de 1988.

Como constituído, a efetivação do SUS guarda relação direta com as demandas e as necessidades de saúde de cada brasileiro(a), considerando tanto a saúde individual como coletiva: quem e quantos são? onde e como vivem? Como tornar efetivo o direito à saúde para todos e todas as(os) brasileiros(as)? Seguramente, a população não pode abrir mão de exercer papéis sociais e políticos objetivando assegurar esse direito como exercício da cidadania, o que exige dirigentes de Estado comprometidos com esse dever.

SAÚDE, PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Conceituar saúde ou doença com poucas palavras ou com um entendimento exclusivamente pessoal não dá conta de configurar tudo sobre o ter saúde, o adoecer, seja no plano individual, como familiar ou coletivo.

Há milhares de anos, os seres humanos explicavam tanto a saúde como o surgimento de doenças ou situações de cura por causas místicas, religiosas ou sobrenaturais. Com o passar do tempo, foram sendo observadas doenças causadas por alterações no meio ambiente em que se vivia e que elementos naturais poderiam ajudar a curar algumas doenças. Com o avanço da ciência e a descoberta dos micro-organismos, focou-se por um tempo só na esfera biológica, o que gerou uma centralização da saúde nos médicos, nos remédios e nos hospitais.

Porém, mesmo as doenças vindas de microrganismos afetam de forma diferente pessoas pobres e ricas, bairros periféricos e centrais, zona rural e urbana. Passou-se, então, a estudar a saúde como uma questão coletiva e a entender que não era apenas um fenômeno biológico, mas que múltiplos fatores da vida das pessoas a influenciam.

A saúde, o adoecimento de cada pessoa e o que prevalece nos processos saúde-doença da população de diferentes comunidades, cidades ou de um país resultam do modo de viver e ser de cada pessoa e todo o entorno em que vive: a estrutura da sociedade; o modo de produção; e tudo e todos que configuram e interferem nas condições de vida.

O QUE INTERFERE NA SAÚDE, NO ADOECIMENTO E NO CUIDADO DE CADA PESSOA, DE CADA FAMÍLIA, DOS DIFERENTES GRUPOS OU SEGMENTOS DA SOCIEDADE, DE UMA COMUNIDADE?

Nesta perspectiva, buscar a garantia do cuidar da saúde exige que se entenda: estamos falando do cotidiano das nossas vidas que acontece e é impactado por diferentes dimensões, desde o nível celular até o social, o econômico, o ambiental e o político e que, mesmo sendo diferentes, são aspectos da vida humana e que estão relacionados de modo dinâmico com as condições de vida das pessoas e dos grupos sociais (Sabroza, 2007).

Para nos colocar frente às causas e fatores que geram e sustentam a determinação social da saúde, doença e cuidado, é necessário deslocar a atenção para questões e situações como estresse, pobreza e miséria, exclusão e marginalidade. Esses são exemplos de efeitos de desigualdades sociais que indicam disparidades em condições de vida, em geral: acesso diferenciado a serviços assistenciais e à distribuição de recursos, tanto referidos à saúde, como à educação, ao trabalho, à alimentação, à moradia, ao lazer, entre outros.

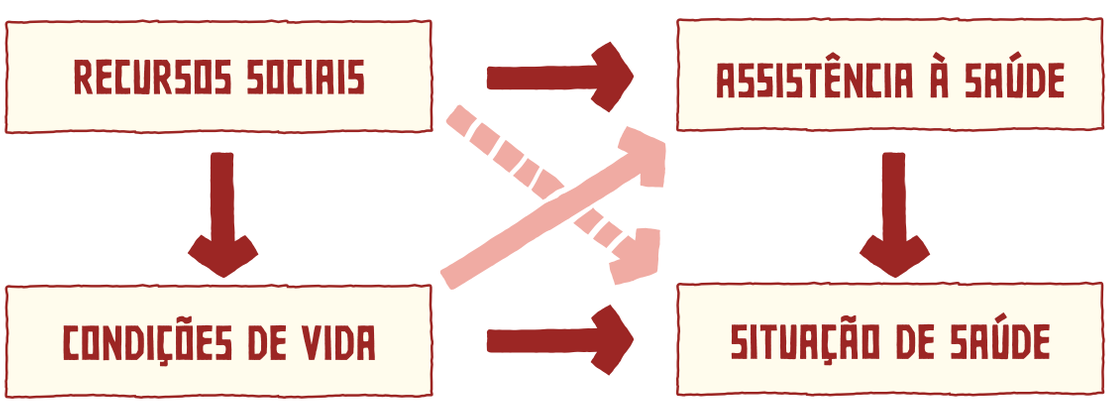
Assim, para lidar com a problemática das desigualdades em saúde no sentido de controle, contenção de riscos, promoção, acesso, solução ou superação é necessário nos reportarmos ao desafio da política como componente da determinação social que impacta na vida de indivíduos e das populações e que tem papel central no ordenamento social como um todo. É preciso

dar um salto da “determinação social em saúde” para “as desigualdades em saúde”: o que exige articular e analisar alguns componentes:

- disponibilidade de recursos sociais (renda, poder);
- diversidade de modo de vida;
- desigualdades em situação de saúde;
- acesso diferenciado e atuação do sistema de cuidado na saúde.

É essencial relacionar os espaços social e político e desigualdades: em primeiro lugar, considerar a dimensão da população, o que envolve os planos individual, coletivo, territorial (município, estado, país) e, em segundo lugar, a dimensão social:quer seja microssocial (família, grupos) ou macrossocial (segmentos sociais, classe social) (Figura 1).

Figura 1 - Articulação dos componentes das desigualdades em saúde



SAÚDE COMO DIREITO E A LUTA PELA CONSTRUÇÃO DO SUS NO BRASIL

São princípios do Sistema Único de Saúde:

I. Universalidade: o Estado deve garantir o acesso à saude para todas e todos as(os) cidadã(o)s, sem discriminação.
II. Equidade: para reduzir as desigualdades.
III. Integralidade: garantia de atenção à saúde em toda sua complexidade, considerando as diversas necessidades de cada indivíduo, família e comunidade.
IV. Controle social: garante a participação da população na gestão do SUS por meio dos conselhos de saúde.
V. Descentralização e hierarquização: prevê que cada município vai gerir serviços mais próximos das comunidades e que os serviços formam uma rede interligada para atender desde as demandas simples às mais complexas.

O SUS é mais que as ações de assistência à saúde. Também fazem parte do SUS:

1. Vigilância sanitária: Fiscaliza os serviços e produtos que consumimos e utilizamos, ou seja, alimentos, cosméticos, limpeza, serviços de saúde, de beleza, de lazer, esportivos, escolas, entre outros, com objetivo de evitar danos à nossa saúde e risco à vida.

2. Vigilância epidemiológica: Investiga as doenças que ocorrem no seu território, cuidando para controlar a transmissão e, assim, evitar que mais pessoas adoeçam.

3. Vigilância à saúde do trabalhador: Investiga as doenças, acidentes relacionados ao trabalho, vigiando os locais de trabalho para que cumpram as regras de segurança de saúde do trabalhador.

4. Vigilância ambiental: Ocupa-se com os fatores do ambiente que podem causar dano à nossa saúde, como, por exemplo, a água de consumo humano, resíduos no solo; faz controle de doenças que podem vir de insetos, roedores, entre outras coisas.

5. Educação em saúde: Facilita ações de educação que têm objetivo de promover saúde e prevenir doenças, ou seja, evitar que a população adoeça e/ou explicar à população o que fazer e onde procurar apoio caso esteja doente.

A Lei 8.142 foi criada em 1990 e regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, além de trazer algumas informações sobre as transferências de recursos financeiros para a saúde. Estão definidas como instâncias de participação popular e controle social do SUS:

1. Conselhos de Saúde: espaços de participação popular nas decisões da administração pública que envolvem o SUS. Organizados em âmbito municipal, estadual e nacional, têm como objetivo formular, fiscalizar e influenciar sobre as decisões políticas referentes à saúde. Quem participa? Usuários (50 %); trabalhadores da saúde (25%); e prestadores de serviço e gestores do SUS (25%).

2. Conselhos Locais de Saúde: órgãos colegiados de caráter permanente, com função de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros.

3. Conferências de Saúde: são encontros que devem ocorrer a cada quatro anos com a representação de vários grupos da sociedade, com o objetivo de avaliar a situação de saúde do município, estado e/ou país.

PRÁTICAS TRADICIONAIS E SABERES POPULARES

Os saberes e práticas de cuidado são tradicionais e populares porque se originam em culturas de diferentes povos, comunidades e grupos sociais. Existem muitas medicinas mundo afora: a medicina tradicional chinesa, a medicina indiana Ayurveda, a medicina Unani do sul asiático, a homeopatia e as diferentes medicinas indígenas. Cada uma dessas medicinas tem seus próprios fundamentos e filosofia, isto é, seu próprio sistema de compreensão e de atuação sobre os problemas de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a medicina tradicional se refere às práticas, abordagens e crenças que incorporam produtos de origem vegetal, animal e mineral, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados isoladamente ou em combinação e que visam tratar, diagnosticar e prevenir doenças ou manter o bem-estar.

No Brasil, conservamos saberes e práticas que possuem origem na medicina tradicional indígena, mas também misturamos saberes oriundos de outras culturas, africanas e europeias, gerando o que podemos chamar de práticas populares de cuidado. Podemos considerar que as práticas de medicina popular resultam [...] *de uma enorme mistura de informações, especialmente sobre as virtudes dos produtos naturais e inúmeros procedimentos de cura que foram se incorporando no conhecimento da população ao longo do tempo e que representam um conhecimento disseminado e impossível de ser reconhecido quanto a sua origem* (Di Stasi, 2007, p. 60-61).

Rituais de cura como rezas, feitiços, benzeduras, simpatias e uso de plantas medicinais são comuns em nossas populações. Quem nunca tomou ou ouviu falar da eficácia do chá de erva-doce para aliviar a cólica, ou de quebra-pedra para acabar com o cálculo renal? Ou colocou arruda em casa para “espantar maus olhados”? Ou orou para a saúde de uma pessoa querida? Ou ouviu falar de uma simpatia para acabar com as verrugas?

As práticas populares consideram que o processo de adoecimento possui dimensão física, social e espiritual, e mostram que o cuidado não é próprio dos profissionais de saúde, e sim uma prática que acontece na relação entre os homens – homens que vivem em diferentes territórios, como os caiçaras da Mata Atlântica, os ribeirinhos do Norte, os quilombolas, os assentados e acampados do movimento de trabalhadores sem-terra que se espalham pelo país.

Um conhecimento comum nas práticas tradicionais e populares de cuidado é o uso de recursos naturais nos processos de tratamento e cura das doenças, especialmente o uso das plantas. O saber sobre as plantas se consolidou com as experiências com a natureza “realizadas pelo homem em seu próprio corpo” (Di Stasi, 2007, p. 64). Porém, as práticas populares de saúde resistiram porque são valorizadas pela população por seus efeitos

benéficos para a saúde e por estarem integradas à vida comunitária.

Reconhecer os saberes tradicionais e populares é uma forma de retomar a relação do homem com a natureza e com todos os demais aspectos que organizam a vida nos territórios. Os indígenas têm muito a nos ensinar sobre as plantas medicinais e seus rituais de pajelança. As parteiras têm muito a nos dizer sobre a experiência do nascimento. Os/as benzedeiros(as) e raizeiros(as), sobre rezas e raízes. Os/as religiosos(as), sobre como a experiência espiritual ajuda a construir sentidos e significados para a vida e como mobiliza os sujeitos para a "difícil tarefa de reorganização do viver exigida para a conquista da saúde" (Vasconcelos, 2009, p. 325).

Em 2006, o Ministério da Saúde definiu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2006a) quando destacou o uso de plantas medicinais oriundo de saberes populares, com o objetivo de [...] garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. (Brasil, 2006b). A política afirma que o Brasil possui rica biodiversidade e um amplo potencial para pesquisas capazes de gerar conhecimentos e métodos terapêuticos para a solução de muitas doenças. De suas diretrizes, ressalta-se a de "promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros" (Brasil, 2006b). Na sequência, o Ministério da Saúde definiu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; elaborou e publicou a relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS, reunindo 71 espécies que possuem potencial terapêutico; definiu a "Farmácia Viva" [...] no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que realizará todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos (Brasil, 2012).

O desafio do SUS é implementar essas políticas e integrar as práticas tradicionais e populares de cuidado no cotidiano dos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de assistência, como uma forma de minimizar o processo de medicalização e tecnificação produzido pela biomedicina, recuperando a relação do homem com as práticas naturais de cuidado.

EDUCAÇÃO POPULAR: REPENSAR O CUIDADO EM SAÚDE

Um dos fundamentos da educação popular em saúde é o reconhecimento do valor dos saberes populares – e para reconhecer, é preciso, antes, conhecer. Conhecer não significa simplesmente assimilar e aceitar, mas estranhar, questionar e, se possível e necessário, transformar, construindo junto a outros saberes e não trazendo saberes prontos e ditando formas de comportamento.

EIXO TEMÁTICO

5

EIXO TEMÁTICO 5:
SOBERANIA ALIMENTAR, AGROTÓXICOS E COMBATE À FOME

Objetivo geral: refletir sobre a questão da fome no Brasil, os elementos sociais, econômicos e culturais que a determinam, o seu impacto no campo e na cidade, amadurecendo as soluções de curto prazo, a partir das políticas públicas e das iniciativas auto-organizadas nos territórios, e de longo prazo, na perspectiva da soberania alimentar e da promoção da alimentação adequada e saudável.

SUBTEMA	OBJETIVO	CONTEÚDOS
O que se entende por fome e insegurança alimentar e nutricional?	Construir uma compreensão coletiva da insegurança alimentar e nutricional a partir da problematização da fome na experiência das(os) educandas(os) e seus territórios;	-Conceitos de insegurança alimentar (leve, moderada e grave); -Conceitos de segurança alimentar e nutricional; -Dados da fome e Insegurança alimentar e nutricional - IAN.
Soberania alimentar	Potencializar o olhar crítico e reflexivo sobre a produção e o consumo de alimentos;	-Reforma agrária popular; -Soberania alimentar; -Sistemas alimentares (Agronegócio X Agroecologia); -Direitos humanos e alimentação.
Alimentação adequada e saudável	Discutir o que é uma alimentação adequada e saudável a partir do guia alimentar da população brasileira;	-Promoção da alimentação saudável; -Obstáculos.
Políticas públicas e estratégias dos movimentos populares para o combate à fome e promoção da alimentação adequada	Pensar estratégias de curto, médio e longo prazo.	-Políticas de segurança alimentar e nutricional (PAA, cozinhas solidárias etc); -Experiências de organização popular nos territórios do campo e da cidade.

TEMPO SUGERIDO
8 HORAS

TEMPOS EDUCATIVOS	DURAÇÃO
Mística e Boas-Vindas	30 min
O que já sabemos sobre o tema	120 min
Sistematização do conhecimento	180 min
Orientações para o Tempo Comunidade	60 min
Avaliação	40 min
Mística final	10 min
Intervalos (manhã e tarde)	20 min para cada

PARA ATIVIDADES PLANEJADAS, O(A) EDUCADOR(A) VAI PRECISAR DOS SEGUINTES MATERIAIS:

3 unidades de papel pardo
1 fita crepe ou varal com prendedor para fixar o mural/mapa
30 folhas sulfite ou de caderno
Canetas

PRIMEIRO MOMENTO: MÍSTICA E BOAS-VINDAS

TEMPO SUGERIDO
30 MIN

Sugestão para o(a) educador(a): Exibir vídeo com o trecho da entrevista da Elza Soares, na qual ela relata a primeira apresentação musical e a humilhação que sofreu. Na época, Elza tinha 13 anos e já era mãe, pois casou-se forçadamente aos 12. Ela estava desesperada por causa do filho doente e precisava de dinheiro para comprar remédios. Ela e a família passavam fome, mas ela não sucumbiu.

ELZA SOARES, DE QUE PLANETA VOCÊ VEIO?

Após o vídeo, o(a) educador(a) pede para as pessoas responderem a mesma pergunta de Elza: *de que planetas vocês vieram?*

A finalização pode ser realizada com a música “Libertação - Elza Soares”.

SEGUNDO MOMENTO: O QUE É A FOME?



O(a) educador(a) pode iniciar com as seguintes questões geradoras:

- O QUE É FI FOME?
- POR QUE FI FOME VOLTOU?
- COMO VOCÊ ENXERGFI FI QUESTÃO DFI FOME NO SEU TERRITÓRIO?
- FI FOME É SÓ FUSÊNCIFI DE FICESSO FIO FILIMENTO?
- FI FOME TEM RELFIÇÃO COM O TIPO DE FILIMENTO?
- O QUE FFIZER?

É um momento de escuta, de deixar as(os) educandas(os) livres para compartilharem o que se sentirem confortáveis, seja da experiência pessoal, seja do que recolheram no Tempo Comunidade. O objetivo é nos aproximarmos da leitura do mundo das pessoas. Ouvir e ter muita sensibilidade, pois o que vai aparecer é a vida das pessoas.

Quem estiver conduzindo deve levar as pessoas a elaborarem as causas da fome. Não imprimir de cara a nossa interpretação. O objetivo não é esgotar, mas fazer pensar, traduzir.

Na sequência, para seguir problematizando e extraindo elementos da realidade, vamos resgatar a atividade que desenvolvemos no Tempo Comunidade do módulo 4, com as(os) educandas(os) compartilhando as informações que foram coletadas.

1) Cada educando(a) apresenta as suas anotações sobre o que percebeu da sua comunidade.

2) O(a) educador(a) deve construir um mural com as situações semelhantes e diferentes e, depois de todas as apresentações, apontar as questões para o grande grupo.

3) O(a) educador(a) deve resgatar o Mapa Falante e incluir os dados encontrados nos levantamentos realizados.

Essa sequência visa retomar o(s) plano(s) de ação que vêm sendo elaborado(s) e verificar as necessidades de ajustes, considerando os conhecimentos adquiridos no eixo anterior.

TERCEIRO MOMENTO: QUAIS SÃO AS RAÍZES DA FOME NO BRASIL?



Agora que a turma já iniciou a discussão sobre o que é a fome, a proposta é entender melhor as causas históricas desse problema no Brasil. Para este momento, o(a) educador(a) pode exibir os vídeos a seguir para motivar a discussão nos NBs, nesta ordem:

1

BETINHO (1993) - CAMPANHA CONTRA A FOME

2

TEREZA CAMPELLO (2014) - BRASIL SAI DO MAPA DA FOME E FAO RECONHECE AÇÕES NACIONAIS DE SEGURANÇA ALIMENTAR

3

CAMPANHA MÃOS SOLIDÁRIAS (2023) - PRÊMIO PACTO CONTRA A FOME

Uma alternativa à utilização dos vídeos, caso não seja possível acessá-los, é realizar a leitura coletiva em voz alta do texto:

> "COMO A AGROECOLOGIA E A LUTA CONTRA OS AGROTÓXICOS CONTRIBUEM PARA A SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS NO BRASIL"

Em seguida, o(a) educador(a) pode escolher uma das propostas de atividade:

ATIVIDADE PROPOSTA 01

A proposta é que cada NB faça a leitura de uma das partes do texto "**O(a) agente como referência no combate à fome e na promoção da Soberania Alimentar**", na página 45. Este texto faz parte do momento de leitura do módulo e é dividido em partes:

1) O que é a fome? O que é insegurança alimentar e nutricional?
2) Tem saída? Por soberania alimentar, nós vamos lutar!
3) Políticas públicas e estratégias dos movimentos populares para o combate à fome e promoção da alimentação adequada e saudável
4) Alimentação Adequada e Saudável
5) Por um outro modelo de desenvolvimento

Para a apresentação da leitura feita, os NBs organizam tarjetas com as **semelhanças e diferenças** que podem ser observadas entre os vídeos e as questões trazidas pelo texto.

Em seguida, o(a) educador(a) orienta que eles colem as tarjetas em duas colunas, agrupando as semelhanças e diferenças.

A proposta é que siga o debate no grande grupo e o(a) educador(a) contribua com a motivação do debate, identificando as questões **estruturais e conjunturais** em torno da fome.

Quem estiver conduzindo o espaço deve fazer uma síntese do que já foi discutido, retomando os temas abordados de modo a estabelecer uma conexão entre a experiência individual e o contexto social mais amplo.

ATIVIDADE PROPOSTA 02

A partir do texto que já havia sido lido, “Como a agroecologia e a luta contra os agrotóxicos contribuem para a superação das desigualdades sociais no Brasil”, cada NB cria uma encenação ilustrando a parte lida do texto.

A sugestão é que a cena corresponda ao **teatro imagem**, focado em linguagens não verbais, para produzir comunicação e a transformação dos fatos da realidade. Essa modalidade integra a estética do Teatro do Oprimido.

Após a realização das cenas ou do debate por meio da dinâmica das tarjetas, vamos voltar para o mapa e discutir sobre os espaços, organizações, entidades e outras iniciativas presentes no território em que vivemos, de enfrentamento à fome, resgatando o levantamento que foi realizado no Tempo Comunidade do módulo anterior.

TEATRO DO OPRIMIDO

O teatro do oprimido (TO) foi desenvolvido por Augusto Boal (1931-2009). Seus elementos fundamentais são colocar a arte junto às lutas dos oprimidos. Ele busca a transformação social através da reflexão e da libertação das diversas opressões existentes na realidade e na ação política. Sua formulação tem por base a ética e a solidariedade.

Teatro fórum é a proposta mais utilizada do TO. Tem como premissa o debate de temas em que se evidenciam as opressões vividas pelo grupo com quem se está trabalhando. Aqui os espectadores se transformam em “spect-atores”.

Os participantes relatam uma história com problema político ou social de difícil solução. O grupo encenador inicial terá cerca de 10 a 15 minutos para elaborar e ensaiar a cena e incluir uma proposta de solução para o problema. A cena será apresentada e, em seguida, é perguntado se alguém teria outra forma de desfecho ou solução para a cena. Este espectador então entra na cena, no lugar do ator que desenvolvia o papel, daí a cena se repete. Este processo pode ser repetido com os diversos papéis em cena. Não é permitido apenas falar sobre como resolveria a cena, é preciso atuar, estar no papel, no palco da cena.

A partir da discussão até aqui, o(a) educador(a) pergunta às/aos educandas(os) quais devem ser as prioridades de **ações para o enfrentamento da fome no território** em que vivem, do ponto de vista do Estado por meio das políticas públicas, e também da auto-organização das pessoas e movimentos populares no território.

Nesse momento, o(a) educador(a) vai registrar as prioridades indicadas, fazendo a relação entre elas, as políticas públicas existentes e as propostas dos movimentos populares.

Embora tenhamos a previsão de fazermos um levantamento de várias políticas públicas, a proposta é apresentar uma ou duas políticas públicas.

Aqui, também é importante que sejam compartilhadas informações acerca das políticas públicas de combate à fome existentes hoje no Brasil, tais como:

CESTA BÁSICA

A cesta básica de alimentos é entendida como o conjunto de alimentos que busca garantir o direito humano à alimentação adequada e saudável, à saúde e ao bem-estar da população brasileira. A definição da composição orientará as ações, as políticas e os programas relacionados à produção, ao abastecimento e ao consumo de alimentos. É o referencial para definir quais alimentos devem ser produzidos, quais devem estar disponíveis, próximos às casas das pessoas e no prato dos brasileiros, devendo o Estado brasileiro garantir as políticas de produção, abastecimento e consumo para concretização desse direito.

A cesta é composta por alimentos in natura ou minimamente processados e ingredientes culinários, como por exemplo: I - Feijão, II - Cereais, III - Raízes e Tubérculos; IV - Legumes e verduras; V - Frutas; VI - Castanhas e Nozes; VII - Carnes e ovos; VIII - Leites e queijos; IX - Açúcares, sal, óleos e gorduras; e X - Café, chá, mate e especiarias. O programa foi desenvolvido no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Abastecimento Alimentar, por meio do Decreto Presidencial n.º 11.936, de 5 de março de 2024, no qual são estabelecidos os grupos de alimentos e detalhados em portaria.

Mais informações em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/alimentacao-saudavel/cesta-basica-de-alimentos

PROGRAMA COZINHAS SOLIDÁRIAS – PCS

O Programa Cozinha Solidária tem por objetivo combater a fome e a insegurança alimentar e nutricional, por meio da garantia ao acesso à alimentação saudável e adequada. Foi regulamentado por meio do Decreto n.º 11.937/2024, com o intuito de apoiar as Cozinhas Solidárias já existentes e em funcionamento em todo o país, que prestam serviços visando ao acesso à alimentação saudável, de qualidade e gratuita e à promoção da segurança alimentar para populações em situação de vulnerabilidade.

A Cozinha Solidária é compreendida como tecnologia social de combate à insegurança alimentar e nutricional, de base popular, não estatal, estruturada pela comunidade local, por meio de seus coletivos, seus movimentos sociais e suas organizações da sociedade civil, com a finalidade de produção e oferta de refeições adequadas e saudáveis, preferencialmente para pessoas em vulnerabilidade e risco social, incluída a população em situação de rua, com o apoio à comunidade por meio de outras atividades de interesse coletivo (Decreto n.º 11.937/2024).

Mais informações: https://cozinhasolidaria.digital/

PROGRAMA NACIONAL DE AGRICULTURA URBANA E PERIURBANA – PNAUP

O Programa Nacional de Agricultura Urbana e Periurbana visa à promoção da agricultura sustentável nas áreas urbanas e nas regiões periurbanas, para prover acesso à alimentação saudável e à garantia da segurança alimentar e nutricional da população urbana. O Programa prevê ainda a preservação do meio ambiente e a transição agroecológica, a inclusão socioeconômica das famílias de agricultores urbanos e a atuação das mulheres e jovens na agricultura urbana e periurbana, entre outros, por meio das políticas de crédito, assistência técnica, inovação, cooperativismo e abastecimento alimentar. O Decreto n.º 11.700 de 2023 define as recomendações para implementação de ações de agricultura urbana.

Para mais informações: https://www.gov.br/mda/pt-br/governo-federal-cria-o-programa-nacional-de-agricultura-urbana-e-periurbana

PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS – PAA

O Programa de Aquisição de Alimentos apresenta duas finalidades básicas: a de promover o acesso à alimentação e a de incentivar a agricultura familiar. O PAA compra alimentos produzidos pela agricultura familiar, com dispensa de licitação, e os destina às pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional e àquelas atendidas pela rede socioassistencial, pelos equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional e pela rede pública e filantrópica de ensino. O programa prevê prioridade de acesso aos alimentos, às pessoas incluídas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. O Programa pode ser executado em seis modalidades: Compra com Doação Simultânea, Compra Direta, Apoio à Formação de Estoques, Incentivo à Produção e ao Consumo de Leite, Compra Institucional e Aquisição de Sementes.

Para mais informações: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/inclusao-produtiva-rural/paa

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR – PNAE

O Programa Nacional de Alimentação Escolar atende os alunos de toda a rede pública da educação básica (educação infantil, ensino fundamental e médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias (conveniadas com o poder público) com a finalidade de contribuir para o crescimento, o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar dos estudantes e a formação de práticas alimentares saudáveis, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições que atendam as necessidades nutricionais durante o ano letivo. O PNAE tem caráter suplementar à educação, como prevê o artigo 208, incisos IV e VII, da Constituição Federal, é regido pela Lei n.º 11.947, de 16/6/2009, e Resoluções do FNDE. A execução ocorre por meio de repasses financeiros aos entes federados (estados, DF e municípios), com base no Censo Escolar realizado no ano anterior.

Para mais informações: https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao(a)coes-e-programas/programas/pnae

INDICAÇÕES DE VÍDEOS E LIVROS:

Vídeo **“Você sabe quem são os agentes populares?”**, da Fiocruz e organizações parceiras

Trecho do documentário **“Histórias da Fome no Brasil”**



Indicamos a leitura do livro **Quarto de despejo: diário de uma favelada**, por Carolina Maria de Jesus. O livro relata a amarga realidade dos favelados na década de 1950: os costumes de seus habitantes, a violência, a miséria, a fome e as dificuldades para se obter comida. O tempo passou, a cidade cresceu, mas a realidade de quem vive na miséria não mudou muito.

QUARTO MOMENTO: ORIENTAÇÕES PARA O TEMPO COMUNIDADE



Estamos nos dirigindo ao final do curso, mas esse não é o final da nossa jornada. O curso é parte de um processo permanente de organização, formação e luta!

Agora, a turma decidirá qual o tema do próximo encontro.

Para o Eixo temático 6, cada turma pode escolher um diferente tema a ser trabalhado. Nós preparamos indicações de textos e temas para serem utilizados. A ideia é que neste momento, o(a) educador(a) faça a mediação de uma roda de conversa com o grande grupo para escolher um dos temas a serem trabalhados no próximo Tempo Escola. Essas são as opções:

O feminismo e a luta das mulheres
Juventudes
Campo, Florestas e Águas
Controle social
Aprendizados e saberes ancestrais quilombolas
Racismo ambiental
População em Situação de Rua (lutas e saúde)
Desinformação, fake news e os desafios da Comunicação Popular
Saúde mental
Mudanças climáticas e desastres ambientais
Dengue
a questão LBBTQIAPN+

Depois de decidir qual será o tema do Eixo 6, o(a) educador(a) poderá dividir os NBs para pensar e **formular estratégias de Comunicação Popular** *(zines, lambes, cartazes, podcasts, reels, lives)* para divulgar o Plano de Ação e mobilizar as pessoas no território, considerando todo o caminho percorrido no curso.

Para esta atividade, os NBs deverão se reunir durante o Tempo Comunidade e trazer os resultados no próximo encontro.

PERGUNTAS IMPORTANTES:

Quais atrizes e atores populares produzem comunicação popular na comunidade? Como podemos fazer contato com elas/es para estarem presentes nas nossas estratégias? Tem alguma rádio comunitária na nossa comunidade? Algum site?



Atualmente, a juventude tem protagonizado um espaço importante nas redes sociais, com os ditos digital influencers. Você conhece algum? Como esse ator poderia se somar nas estratégias de comunicação popular?

QUINTO MOMENTO:
RODADA DE AVALIAÇÃO



Para o momento de avaliação, cada NB deve escolher uma palavra que seja a síntese do que aprendemos hoje. Todas as pessoas do NB devem falar a palavra ao mesmo tempo e depois uma delas explicar o porquê da escolha desta palavra, levando em conta o que foi bom e o que pode melhorar neste eixo temático.

SEXTO MOMENTO:
MÍSTICA FINAL



Para refletir sobre a nosso dia de hoje, sugerimos que a mística final seja a partir da leitura e escuta da música de Chico Science e Nação Zumbi, “Da Lama ao Caos”

DA LAMA AO CAOS

Posso sair daqui para me organizar
Posso sair daqui para desorganizar
Posso sair daqui para me organizar
Posso sair daqui para desorganizar
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana
O sol queimou, queimou a lama do rio
Eu ví um chié andando devagar
E um aratu pra lá e pra cá
E um caranguejo andando pro sul
Saiu do mangue, virou gabiru
Ô Josué, eu nunca vi tamanha desgraça
Quanto mais miséria tem, mais urubu ameaça
Peguei um balaio, fui na feira roubar tomate e cebola
Ia passando uma véia, pegou a minha cenoura
“Aí minha véia, deixa a cenoura aqui
Com a barriga vazia não consigo dormir”
E com o bucho mais cheio comecei a pensar
Que eu me organizando posso desorganizar
Que eu desorganizando posso me organizar
Que eu me organizando posso desorganizar
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana
O sol queimou, queimou a lama do rio
Eu ví um chié andando devagar
E um aratu pra lá e pra cá
E um caranguejo andando pro sul
Saiu do mangue, virou gabiru
Ô Josué, eu nunca vi tamanha desgraça
Quanto mais miséria tem, mais urubu ameaça
Peguei um balaio, fui na feira roubar tomate e cebola
Ia passando uma véia, pegou a minha cenoura
“Aí minha véia, deixa a cenoura aqui
Com a barriga vazia não consigo dormir”
E com o bucho mais cheio comecei a pensar
Que eu me organizando posso desorganizar
Que eu desorganizando posso me organizar
Que eu me organizando posso desorganizar
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana

Autor: Chico Science



MOMENTO LEITURA

TEXTO 1

O(A) AGENTE COMO REFERÊNCIA NO COMBATE À FOME E NA PROMOÇÃO DA SOBERANIA ALIMENTAR

ANA MARIA SALES PLACIDINO
ARIANDENY SILVA DE SOUZA FURTADO
CRISTIANA MARINHO MAYMONE
KELLY POLIANY DE SOUZA ALVES
PAULO ROGÉRIO ADAMATTI MANSAN
THAYS SANTOS CARVALHO
CONTRIBUIÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ALIMENTAÇÃO DA SESAN/MDS

O QUE É A FOME? O QUE É INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL?

A escritora e poetisa brasileira Carolina Maria de Jesus lançou o seu primeiro livro na década de 1960 e abordou o desafio diário de (sobre)viver como mãe solo e catadora de materiais recicláveis na favela de Canindé/SP, enfrentando a fome como consequência do racismo, das desigualdades, dos preconceitos, das violências, da vulnerabilidade social, econômica e de gênero, bem como da negação dos Direitos Humanos (com destaque ao Direito Humano à Alimentação Adequada – DHAA). Ainda nesta perspectiva, evidenciou o não acesso às políticas públicas (falta de saneamento básico, moradia, educação, direitos trabalhistas, assistência à saúde, asfalto na rua, endereço com CEP, entre outros) e concluiu: "quem inventou a fome é quem come e lucra com ela". E você, já parou para pensar em quantas Carolinas Marias de Jesus existem no Brasil e passam fome diariamente?

Mas o que é a fome? A fome é quando "não há o que comer", sendo considerada uma condição **grave** da Insegurança Alimentar e Nutricional – IAN. A IAN também pode ser **Moderada** "quando a pessoa não tem o suficiente para comer" e **Leve** "quando há a incerteza do acesso contínuo aos alimentos e a

uma alimentação de qualidade". E para compreender melhor a IAN vamos identificar o que seria a Segurança Alimentar e Nutricional – SAN.

A SAN é quando temos "o acesso regular e permanente aos alimentos, em quantidade, qualidade suficientes e sem comprometer os outros Direitos Humanos"; e um ponto importante é que os alimentos devem ser produzidos tendo como referência os saberes dos Povos e Comunidades Tradicionais – PCT (marisqueiras(os), quebradeiras de coco, indígenas, extrativistas, comunidades remanescentes de quilombos, entre outras(os)}, as(os) agricultoras/es familiares, as(os) camponesas/es e as(os) assentadas(os) da reforma agrária, pois são a referência para a diversidade cultural, a conservação da biodiversidade e a utilização de práticas sustentáveis sem os agrotóxicos (Brasil, Consea, 2010).

Neste sentido, vale lembrar:

- Tudo que vai na contramão da Segurança Alimentar e Nutricional – SAN é uma condição de Insegurança Alimentar e Nutricional – IAN, sendo a mais perversa, a Fome.

- A IAN tem raça/cor e é negra, se concentra nas periferias e nas áreas rurais, atinge quem está em maior vulnerabilidade socioeconômica, é mais presente nas regiões Norte e Nordeste e alcança mais as mulheres, as pessoas com menor escolaridade e que não possuem o acesso regular e permanente à água.

TEM SAÍDA? POR SOBERANIA ALIMENTAR, NÓS VAMOS LUTAR!

A escritora e poetisa brasileira Carolina Maria de Jesus lançou o seu primeiro livro na década de 1960 e abordou o desafio diário de (sobre)viver como mãe solo

A IAN e a fome podem e devem ser combatidas pela Soberania Alimentar. E, para isso, precisamos de políticas públicas que estimulem:

- A produção, o acesso e o consumo de alimentos saudáveis, principalmente vindos dos Povos e Comunidades Tradicionais;

- A Reforma Agrária Popular;

- A geração de renda com desenvolvimento territorial mais sustentável pelo fortalecimento dos comércios locais, como as feiras e os mercadinhos dos bairros;

- Os alimentos regionais e sazonais dos Quintais Produtivos como base da alimentação da população;
- A autonomia em definir as etapas “da produção ao consumo de alimentos” evidenciando a diversidade cultural dos territórios e o direito humano à alimentação adequada;
- O reconhecimento aos saberes-fazeres tradicionais;
  A promoção da saúde;
- A preferência das práticas agroecológicas; e
- A compreensão da alimentação como um Direito Humano.

E só conseguimos avançar na Soberania Alimentar se atuarmos de forma colaborativa e corresponsável “em âmbito individual e coletivo” com o poder público e a sociedade civil organizada, reafirmando as bandeiras de lutas dos Movimentos Populares, como a do Movimento Camponês Popular “Comida Saudável: direito do povo, dever do estado, compromisso camponês” e a do Movimento de Trabalhadores Sem Terra, “Para o Brasil alimentar, Reforma Agrária Popular”.

POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS POPULARES PARA O COMBATE À FOME E PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

As políticas públicas voltadas para o campo da segurança alimentar e nutricional compreendem um conjunto de ações e programas, no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que apoiam os brasileiros no acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente para atender as necessidades essenciais, considerando as práticas alimentares promotoras de saúde.

O direito humano à alimentação adequada e saudável é um direito de todos os brasileiros, devendo o Estado garantir essas políticas, somadas a ações estruturantes de renda e educação. Todas elas preveem ações que consideram os determinantes sociais da insegurança alimentar e nutricional, no que se refere à produção, ao acesso, à disponibilidade e à oferta de alimentação adequada e saudável. Atualmente, um dos maiores desafios é o acesso a alimentos saudáveis nos grandes centros urbanos e nos territórios periféricos, que advém da baixa oferta e disponibilidade desses alimentos, além do reduzido número de ambientes alimentares urbanos que favorecem esse acesso, em contraponto à elevada disponibilidade de

alimentos não saudáveis a preços acessíveis e maciça publicidade de alimentos ultraprocessados.

Como referência de alimentação adequada e saudável, ratificadas nos Guias Alimentares para população brasileira e crianças brasileiras menores de dois anos, citamos a nova Cesta Básica Nacional de Alimentos, entendida como um conjunto de alimentos que busca garantir o direito humano à alimentação adequada e saudável, à saúde e ao bem-estar da população brasileira. Ela ampliará o alcance das demais políticas públicas, pois orienta ações e programas que objetivam a produção, o abastecimento e o consumo de alimentos saudáveis e firma a soberania e segurança alimentar e nutricional.

Assim, entender a integração das políticas públicas no campo da segurança alimentar e nutricional é potencializar os resultados de impacto dos programas e projetos implementados e, assim, visualizar dentro de cada Sistema (SUS, SUAS, SISAN) ou no conjunto de políticas as diferentes formas de acesso ao direito humano à alimentação adequada e saudável.

ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

Alimentação é mais que ingestão de nutrientes. Alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes, mas também aos alimentos que contêm e fornecem os nutrientes, à forma como os alimentos são combinados entre si e preparados, a características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar.

Alimentação adequada e saudável (AAS) deriva de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Recomendações sobre alimentação devem levar em conta o impacto das formas de produção e distribuição dos alimentos sobre a justiça social e a integridade do ambiente.

No Brasil, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (GAPB) é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações para uma AAS para a população do país, sendo instrumento de apoio para o SUS, políticas públicas e programas voltados para a saúde das pessoas nos diferentes contextos.

CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS



IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS

Alimentos *in natura* são obtidos diretamente da natureza, provenientes de plantas ou animais, tais como grãos, tubérculos, frutas, hortaliças, carne, leite e ovos. Quando os alimentos in natura passam por alterações mínimas - limpeza, empacotamento, secagem, moagem, congelamento -, eles se tornam minimamente processados.



ÓLEOS, GORDURA, SAL E AÇÚCAR

São substâncias extraídas de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza usadas para temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.



ALIMENTOS PROCESSADOS

São produtos relativamente simples, fabricados com adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a um alimento in natura, como conservas e queijos, ou, ainda, como pães, que são feitos com farinha de trigo, água, sal e fermento.

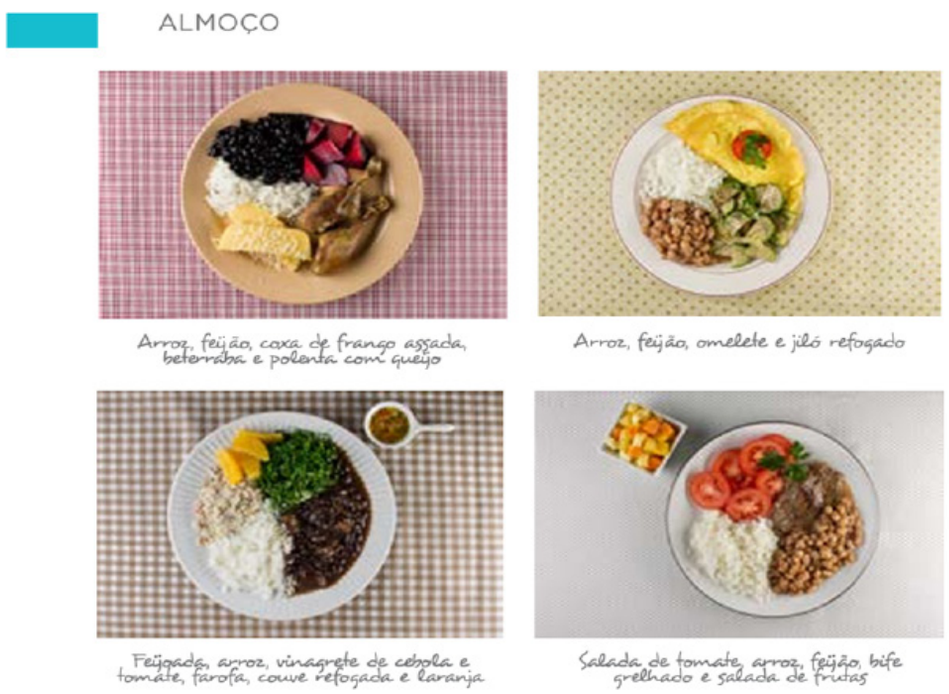


ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

São produtos fabricados com pouco ou nenhum alimento *in natura*, mas que levam muitos ingredientes de uso industrial (de nomes pouco familiares). Biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo são exemplos desse tipo de alimento.

Regra de Ouro: Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias aos alime ntos ultraprocessados.

Exemplos de preparações que podemos elaborar a partir dos alimentos saudáveis:



Fonte: Guia alimentar para a população brasileira (2014)

O Guia também reconhece obstáculos para alcançar a AAS: Informação, habilidade culinária, publicidade, oferta, custo e tempo. No tópico a seguir, serão discutidas estratégias, elaboradas pelos movimentos sociais populares, para superação desses obstáculos.

POR OUTRO MODELO DE DESENVOLVIMENTO!

Vivemos hoje, em todo o mundo, uma profunda e estrutural crise econômica, que afeta os principais países do centro capitalista, bem como os países pobres e em desenvolvimento. O cenário aponta para uma crise alimentar, em nível mundial, na distribuição de alimentos e, certamente, um aumento da fome. O problema não é a falta de alimentos, mas a dependência das grandes empresas capitalistas que dominam o mercado global de distribuição de alimentos, que têm como prioridade o lucro.

Segundo dados do MDS, mais de 100 milhões de pessoas estão em insegurança alimentar e nutricional no Brasil. Para superar esse cenário, é necessário implementar uma grande força tarefa do governo, junto à sociedade civil organizada.

Assim, o combate à fome deve estar articulado a um projeto estratégico de soberania alimentar que nos aponta grandes desafios, local e globalmente:

1) Lutar contra a concentração de terras e o envenenamento dos alimentos e da biodiversidade, fortalecendo a luta pela Reforma Agrária popular e integral.

2) Produzir alimentos saudáveis em quantidade e qualidade para toda a população, tendo a agroecologia como um projeto estratégico para a vida e a produção no campo.

3) Criar novas relações entre aqueles que produzem alimentos e aqueles que os consomem, garantindo preços justos, definidos de acordo com os custos de produção, e permitindo uma renda digna para todas e todos que produzem no campo.

4) Garantir novas e justas regulamentações para acabar com a especulação na comercialização de alimentos, além da suspensão da negociação de produtos alimentícios nas bolsas de valores e o fim do controle da OMC sobre o comércio de alimentos, bem como os acordos de livre comércio.

5) Proteger nossas florestas, selvas, águas e reservas ambientais. Plantar árvores, recuperar mananciais, além de proteger rios e córregos.

6) Fortalecer a cultura camponesa de reativação das fontes e reservas de água, disseminando e multiplicando técnicas populares e de baixo custo.

7) Armazenar ração animal, difundindo e promovendo o intercâmbio das diversas técnicas de ensilagem e reserva de forragem para períodos de escassez.

8) Proteger e produzir sementes saudáveis e lutar contra as empresas que produzem sementes geneticamente modificadas.

9) Transformar a Declaração dos Direitos dos Camponeses e Camponesas em um instrumento de luta e legitimá-la como instrumento de defesa dos povos rurais.

10) Construir a solidariedade internacional entre camponesas e camponeses e construir alianças com os trabalhadores urbanos.

11) Continuar a promover novas relações de gênero e raça entre todas as pessoas que vivem no campo e entre a classe trabalhadora.

Nós podemos mudar o mundo, mas, para fazê-lo, é necessário tornar a luta permanente. Isso aumenta a importância de articular o combate à fome a um projeto de soberania alimentar e a outro modelo de desenvolvimento.

MOMENTO LEITURA

TEXTO II

COMO A AGROECOLOGIA E A LUTA CONTRA OS AGROTÓXICOS CONTRIBUEM PARA A SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS NO BRASIL?

CAMPANHA PERMANENTE CONTRA OS AGROTÓXICOS E PELA VIDA.

São diversas as razões que nos levam a lutar contra os agrotóxicos e pela agroecologia no Brasil, acreditamos que a defesa de sistemas alimentares saudáveis são fundamentais para a promoção da justiça social, da proteção do meio ambiente e da garantia de saúde para a população.

Principalmente se considerarmos o modelo de desenvolvimento agrícola hegemônico no país, concentrador de terras e promotor de desigualdades, que produz commodities e não alimento. Esse modelo agroexportador viola direitos fundamentais, e produz diversos impactos na saúde e no meio ambiente. É insustentável, e quimicamente dependente, onde o lucro está acima da vida.

Ao defendermos a reforma agrária, a agricultura familiar camponesa, dos povos e comunidades tradicionais, quilombolas e indígenas, estamos reafirmando que agricultura queremos para o Brasil, outro modelo agroalimentar agroecológico e comprometido com o enfrentamento às desigualdades sociais históricas como o não acesso à terra, território e alimento.

Tais desigualdades atravessam a produção e consumo de alimentos, e são vivenciadas há muito tempo por mais da metade da população. Uma das pioneiras na denúncia desta violação foi Carolina Maria de Jesus, mulher negra e favelada, mãe e catadora de lixo, viu a fome e a descreveu em suas produções escritas na década de 50.

Carolina escrevia em seu diário a sua condição de fome e a dos moradores da favela do Canindé em São Paulo, a difícil jornada que travava diariamente com seus filhos, sem direito à moradia e dignidade, escrevia sobre a realidade do Brasil.

30 de maio de 1958 ... "Troquei a Vera e saímos. la pensando: será que Deus vai ter pena de mim? Será que eu arranjo dinheiro hoje? Será que Deus sabe que existe as favelas e que os favelados passam fome?"

... O José Carlos chegou com uma sacola de biscoitos que catou no lixo, quando eu vejo eles comendo as coisas do lixo penso: E se tiver veneno? É que as crianças não suportam a fome (Carolina Maria de Jesus 1960).

Em seu livro Quarto de Despejo: Diário de uma favelada publicado em 1960, Carolina de Jesus dissecou o racismo no Brasil e a injustiça alimentar, relacionava a fome e a pobreza com as desigualdades sociais promovidas pelo Estado, a fome nunca foi por ela naturalizada, e não deveria ser por ninguém.

"Quando estou na cidade tenho a impressão de está na sala de visita com seus lustres de cristais, seus tapetes de veludo, almofadas de cetim. E quando estou na favela tenho a impressão que sou um objeto fora de uso digno de estar num quarto de despejo" (JESUS, 1960)

As obras de Carolina se tornaram atemporais, considerando a manutenção da fome na atualidade brasileira o aumento da desigualdade social. Onde só 4 entre 10 famílias conseguem acesso pleno à alimentação no Brasil.

Conforme a rede de pesquisa sobre soberania e segurança alimentar – Rede Penssan, no ano de 2022 cerca de **125,2 milhões** de brasileiros passaram por algum grau de insegurança alimentar. Insegurança alimentar é a condição de não ter acesso pleno e permanente a alimentos. A fome representa sua forma mais grave.

Tal como Carolina Maria de Jesus não devemos naturalizar a fome, o racismo e as demais desigualdades sociais que permanecem causando adoecimento e morte de muitos brasileiros e brasileiras.

E por entendermos que o modelo capitalista que explora e contamina a terra, a água e o ar com agrotóxicos e transgênicos, é o mesmo modelo que explora e adoece corpos nesta sociedade, se alimenta do racismo e das desigualdades sociais.

Portanto, a luta contra os agrotóxicos é também uma luta por justiça social.

Não se trata meramente da substituição de insumos agrícolas, e sim a busca de transformações estruturais no modelo de desenvolvimento no país. Onde a agroecologia e a reforma agrária popular contribuam para uma sociedade mais justa, e o alimento possa ser um direito garantido a todos e todas.

EIXO TEMÁTICO 6

EIXO TEMÁTICO 6:
POR TERRITÓRIOS E MOVIMENTOS

Objetivo geral: Aprofundar a reflexão coletiva em torno de temáticas específicas de relevância para as lutas dos movimentos sociais populares.

SUBTEMA	OBJETIVO
O feminismo e a luta das mulheres	Construir uma reflexão coletiva acerca da luta dos movimentos de mulheres e sua articulação com questões locais de saúde;
Juventudes	Construir uma reflexão coletiva acerca da luta dos movimentos de juventudes e sua articulação com questões locais de saúde;
Controle Social	Construir uma reflexão coletiva acerca do controle social e sua articulação com questões locais de saúde;
Aprendizado e Saberes Ancestrais Quilombolas	Construir uma reflexão coletiva acerca da luta dos movimentos quilombolas e sua articulação com questões locais de saúde
Racismo Ambiental	Construir uma reflexão coletiva acerca da luta contra o racismo ambiental e sua articulação com questões locais de saúde;
Saúde Mental	Construir uma reflexão coletiva acerca do movimento de luta antimanicomial e fortalecimento da saúde mental e sua articulação com questões locais de saúde;
Desinformação, fake news e os desafios da Comunicação Popula	Construir uma reflexão coletiva acerca do combate a fake news e fortalecimento da comunicação popular e sua articulação com questões locais de saúde;
Mudanças climáticas e desastres ambientais	Construir uma reflexão coletiva acerca da questão das mudanças climáticas e dos desastres ambientais e sua articulação com questões locais de saúde.
População em Situação de Rua	Construir uma reflexão coletiva acerca da luta do movimento de Populacao em Situacao de Rua e sua articulação com questões locais de saúde;
Campo, Águas, Florestas	Construir uma reflexão coletiva acerca dos movimentos do campo, das águas e das florestas e sua articulação com questões locais de saúde;

TEMPO SUGERIDO
8 HORAS

TEMPOS EDUCATIVOS	DURAÇÃO
Mística e Boas-Vindas	20 min
O que já sabemos sobre o tema	120 min
Sistematização do conhecimento	180 min
Construção da estratégia de comunicação popular	30 min
Orientações para o Tempo Comunidade, desenvolvimento do Plano de Ação e preparação para a Mostra	80 min
Avaliação	60 min
Mística final	20 min
Intervalos (manhã e tarde)	20 min para cada

PARA ATIVIDADES PLANEJADAS, O(A) EDUCADOR(A) VAI PRECISAR DOS SEGUINTES MATERIAIS:

1 caixa de som
1 mural de papel na parede
10 lápis coloridos do tipo piloto
10 cartolinas
Jornais e revistas

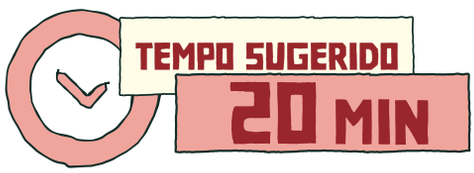
PRIMEIRO MOMENTO: MÍSTICA E BOAS-VINDAS

TEMPO SUGERIDO
20 MIN

O NB responsável pela mística irá construir uma encenação rápida na **perspectiva do teatro do oprimido** contendo uma **situação problema** articulada com a temática escolhida pela turma no eixo anterior.

SUGESTÃO: REVISITAR O TEXTO SOBRE O TEATRO DO OPRIMIDO, NA PÁGINA 38.

SEGUNDO MOMENTO: O QUE JÁ SABEMOS SOBRE O TEMA



A partir da mística, o(a) educador(a) deverá distribuir tarjetas para construção de um mural coletivo sobre o tema a partir de uma chuva de ideias e lançará as seguintes questões:

> QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS QUESTÕES SOBRE ESTE TEMA?
> COMO ISSO ACONTECE NA NOSSA REALIDADE?

Após a construção do mural, a turma poderá construir uma síntese sobre como as pautas do movimento estão relacionadas com a temática discutida.

Questão mediadora:

> COMO O MEU MOVIMENTO SE RELACIONA COM ESSE TEMA?

TERCEIRO MOMENTO: SISTEMATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO



Para a leitura do texto do tema escolhido, cada NB deve indicar uma pessoa para fazer a leitura de um parágrafo na grande roda – esta leitura deve ser voluntária e revezada entre as(os) educandas(os).

Depois, o(a) educador(a) estimula o debate sobre os pontos que o texto despertou:

Quais conhecimentos foram trazidos? Quais ideias ou opiniões mudaram após a leitura do texto? Há alguma palavra que você não conhecia?

O(a) educador(a) deve levantar os conceitos principais trazidos no texto e elaborar questões para a turma.

Essa atividade também pode ser feita relendo as tarjetas iniciais e incorporando ao mural novas palavras trazidas pela turma.

Ao final desse momento, surge uma nova pergunta disparadora:

> COMO NOSSO COLETIVO/MOVIMENTO ESTÁ OLHANDO PARA A TEMÁTICA ESCOLHIDA?

QUARTO MOMENTO: SOCIALIZAÇÃO DO TEMPO COMUNIDADE



Nesse momento, a turma irá socializar as vivências do Tempo Comunidade. Cada NB deve apresentar seu plano ou estratégia de comunicação para divulgar o Plano de Ação.

Conhece a liberdade sem olhar no dicionário
Vamo que vamo, vou traçando vários planos
Vou seguir cantarolando pra poder contra-atacar
Contra-atacar, contra-atacar
Eu vou traçando vários planos pra poder contra-atacar
Nas veias abertas da América Latina

(Sulamericano – Baiana System)

QUINTO MOMENTO: CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO POPULAR



A seguir, o(a) educador(a) deve sistematizar todas as ideias para a construção de plano de comunicação conjunto para toda a turma.

O curso não foi feito para terminar aqui!

Mas, sim, para começar aqui, com cada educando(a) se vestindo de **Agente de Educação Popular em Saúde** e agindo na comunidade.

SEXTO MOMENTO: ORIENTAÇÕES PARA O TEMPO COMUNIDADE, DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO E PREPARAÇÃO PARA A MOSTRA



É a hora de apresentar o PLANO DE AÇÃO DO GRUPO e explicar sobre a forma como pretendem colocá-lo em prática ou se já começaram. Também é a hora de pensar como divulgar o curso e os trabalhos dos planos de ação.

Como fazer isso?

A partir do que já foi construído nos eixos anteriores e da apresentação dos Planos de Ação da turma, todas(os) precisam discutir em roda **COMO implementar o plano em REDE.**

Lembrem-se que o objetivo do Programa de Formação de Agentes de Educação Popular em Saúde é justamente formar uma REDE de educadoras(es) agentes para atuar nos territórios em defesa do SUS e dos direitos sociais.

Lembramos que a criação de um **conselho local de saúde** ou de comitê popular em Defesa do SUS são muito importantes e bem-vindos à REDE, mas também podem se juntar no fortalecimento de coletivos culturais ou associações de moradores ou numa cozinha popular, por exemplo.

PREPARAÇÃO PARA A MOSTRA

A Mostra Estadual poderá contar com trabalhos, a partir do Plano de Ação, em diversos formatos: manifestações culturais, alimentação e gastronomia, práticas populares de cuidado, atividades educativas, registros imagéticos, fotográficos e audiovisuais, entre outros elementos que educandas(os) e educadoras(es) considerem pertinentes e significativos para expor a experiência do curso, e que tragam a comunicação popular como base.

Algumas orientações para o planejamento da mostra:

A mostra deve revelar a diversidade e complexidade das questões ou temas escolhidos para o Plano de Ação. É importante incluir os diversos olhares;

A organização deve ser compartilhada, desde seu planejamento até sua efetivação;

Vale mobilizar recursos e parceiros que já estejam presentes e sejam forças na comunidade; não se preocupar tanto com aquilo que "falta", mas com aquilo que a comunidade já tem;

É preciso pensar estratégias de comunicação e divulgação populares, para que haja a mobilização pretendida dos conjuntos de trabalhadores e atores implicados com a saúde; escolher a estratégia mais adequada ao que se quer, e ao Plano de Ação, definir os recursos necessários e… mãos à obra!

É bom também definir previamente formas de registro e sistematização do evento, por meio de fotos, filmagens, relatório e outros instrumentos, assim como quem irá fazer estes registros, que vão ajudar a compor o relatório da turma e do Curso.



FIZEMOS A PROPOSTA CONSIDERANDO A POSSIBILIDADE DE UM ENCERRAMENTO E MOSTRA ESTADUAL DOS PLANOS DE AÇÃO EM MOMENTO POSTERIOR. O TEMPO COMUNIDADE IRÁ CONSOLIDAR ESTE PLANO DE AÇÃO E COMPOR A MOSTRA DAS TURMAS.

SÉTIMO MOMENTO:
AVALIAÇÃO DO EIXO E DO CURSO

Sugestão de perguntas mediadoras e registro em tarjetas no mural:

- O QUE EU TROUXE PARA ESSE CURSO?
- O QUE ESTOU LEVANDO?
- COMO ME SENTI DURANTE O CURSO?
- O QUE EU MUDARIA?



Sugestão: o(a) educador(a) deve sistematizar o que for falado com papel e tarjetas.

OITAVO MOMENTO:
MÍSTICA FINAL

Chegamos ao momento de celebrar e finalizar nossos encontros no Curso. Neste momento, o NB responsável pela mística (definido no eixo anterior) irá conduzir a atividade, procurando sintetizar os afetos, os encontros e as potências que conferem identidade ao movimento.

Deixamos abertas as possibilidades para cada turma escolher a música ou o poema que vai identificar seu território para esta mística final.

TEXTO I
POR UMA VIDA SEM VIOLÊNCIA

DÉBORA ANTONIAZI DEL GUERRA
Feminista e enfermeira sanitarista;
Coletiva Etinerancias, La.Cuida, Coletiva Adelaides.

Não conheço uma mulher que tenha chegado à idade adulta sem ter sido agredida, assediada e/ou estuprada. A cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil. Mais de 23% de nossas mulheres sofrem violência doméstica. Mais de quatro são mortas a cada dia. Sendo que 70% delas são vitimadas por maridos ou companheiros. Somos o país que mais mata transexuais no mundo e o 5º em feminicídio. E se não bastasse tudo isso, a violência contra mulher continua aumentando e subiu 22% só em 2023.

Não nos conformamos com essa realidade, assim como as que vieram antes de nós, sabemos que a violência não é normal, não é parte natural da relação entre homens e mulheres.

Mais do que isso, acreditamos que viver livre de qualquer tipo de violência é um direito de **todas** as mulheres. Queremos, com esse curto texto, ajudar a conhecer um pouco mais desse tema para que possamos somar forças e combater a violência contra a mulher. Acreditamos que, juntas, com o apoio do conjunto da sociedade, possamos pôr fim nessa dura realidade.

Nada justifica a violência contra mulher!

“mas também ela, com essa roupa, esse horário na rua, falando desse jeito com ele, estava pedindo”

“mulher gosta de apanhar”
“em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”
“quando um não quer dois não brigam”

É preciso dizer **basta** e lembrar: “toda conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, que aconteça no ambiente doméstico ou em locais públicos” é violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994).

Além de toda violência física, hoje podemos falar sobre outras camadas de violência por tantos anos invisibilizadas, embora, muitas vezes, seja difícil para a própria mulher enxergar que está em uma situação de violência porque ainda há um esforço permanente de justificativa do homem e de culpabilização da vítima. É construída uma ideia da violência contra mulher como algo individual e drástico, uma exceção, quando, na verdade, todas nós já vivenciamos algum grau de violência. Todas nós sentimos medo, angústias, alteramos caminhos, fomos impedidas de fazer algo … Simplesmente por sermos mulheres.

A violência é uma estratégia de dominação que busca delimitar nossa caminhada. Definir quais estradas, ou melhor, quais destinos nos serão permitidos. Quais espaços onde podemos ou não transitar. Nossa caminhada ainda não é livre. Mas será!

Essa construção que hierarquiza corpos é secular e está enraizada no campo social, político e cultural, estabelecendo relações de poder onde a mulher é inferiorizada e mantida em posições que contribuem para manutenção do privilégio masculino. Seja no ambiente doméstico, no trabalho ou em espaços públicos, nos reservam o lugar de subalternidade. Por exemplo, educamos nossas meninas para entender. Entender a importunação do coleguinha na escola (“os meninos são assim mesmo”), os ciúmes do primeiro namorado (“ele gosta tanto de você”), a impaciência das respostas mal dadas (“ele está muito estressado”).

A violência contra a mulher não é o mundo que a gente quer!

A violência de gênero é um modelo de sociedade, estrutural e não pode ser vista como algo individual, particular. É através da violência que o patriarcado, em aliança com o capitalismo, o racismo e a heteronormatividade estabelece controle. Ela é um instrumento de dominação de corpos, de vida, de desejos, de propósitos.

A violência, a ameaça ou o medo da violência são utilizados para excluir as mulheres de espaços e ditar nosso comportamento nas esferas públicas e privadas. A maior expressão da violência como estratégia de dominação é o feminicídio que hoje, no Brasil, infelizmente, se configura como um verdadeiro

genocídio de mulheres. Acompanhamos diariamente, e de forma crescente nos noticiários, ataques bárbaros, misóginos e, muitas vezes, acompanhados por violência sexual extrema, praticados por parceiros ou ex-parceiros íntimos que não aceitam perder o controle dessas mulheres.

A situação é ainda mais grave quando entra no recorte racial em que as mulheres negras, além do enfrentamento cotidiano de uma sociedade patriarcal, machista e misógina, ainda se sobrepõem a uma camada extra do racismo estrutural impregnado na nossa sociedade. A soma dos diferentes sistemas de opressão se reflete nos dados: mulheres pretas e pardas são 61,1% entre as vítimas de violência e elas sofrem níveis mais elevados de violência (29,9%) do que as brancas (26,3%).

Na política, também vivemos ameaçadas. A violência política de gênero é uma sombra permanente nos corpos de mulheres que ocupam espaços de poder. Aliás, ocupar espaços de poder é uma "audácia" que pode ser paga com a própria vida: o feminicídio político. As mulheres pagam com suas vidas por trabalhar na esfera pública. Não vamos esquecer a Marielle! Não vamos esquecer a Nega Pataxó! Não vamos esquecer de suas lutas que são também nossas!

Por outro lado, seguimos na construção de defesas e é exatamente na legislação construída nesses espaços de poder que buscamos avançar sempre. A violência política contra a mulher, por exemplo, passou a ser tipificada como crime (Lei 14.192/2021) e estabeleceu formas de prevenir, reprimir e combater. Outro avanço foi a Lei 13.104/2015, conhecida como "Lei do feminicídio", que alterou o Código Penal e incluiu essa tipificação que se refere ao homicídio qualificado, entrando no rol dos crimes hediondos, praticado contra a mulher por razões ligadas ao pertencimento ao sexo feminino. Essa tipificação, que muitos consideraram desnecessária, foi um avanço. A partir dela foi possível iniciar uma série histórica de dados estatísticos que permite coletar e analisar suas formas específicas e criar políticas públicas de prevenção.

Feminismo é a ideia radical de que mulheres são gente!

Quando nós, mulheres, rompemos com papeis impostos, desafiamos ou denunciamos a violência contra nós mesmas ou contra mulheres em nossas comunidades, estamos resistindo. O nome desse movimento de ruptura da tentativa de inferiorização do sujeito político "mulheres" é feminismo.

Quer seja através da denúncia da cumplicidade e conivência entre homens, Estados e instituições ou da organização de grupos de mulheres para apoiar outras mulheres, passando por apoio mútuo em grupos autorganizados de mulheres, reivindicação de políticas públicas ou até mesmo no confronto a uma sociedade que se cala diante da violência… O movimento feminista rompe com a sensação geral instaurada de ausência de saída.

Por exemplo, muita coisa mudou com a **Lei Maria da Penha** (11.340/2006), é preciso que todas saibam! O Estado agora é responsável por reconhecer as cinco formas de violência doméstica contra as mulheres: física, psicológica, moral, patrimonial e sexual (art. 7º). Marco importante na luta, coloca o poder público como responsável por garantir às mulheres: segurança, o direito à vida, direito à saúde, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito (art. 3º). Entendemos que não apenas a legislação precisa avançar, como também a execução de seus aspectos preventivos, mas é muito importante o aspecto da lei que garante que seja prestado atendimento a todas as mulheres, independente da abertura do processo criminal, além das medidas protetivas de urgência, mesmo com todos os problemas em sua execução – majoritariamente mulheres assassinadas não estão em medida protetiva, ou seja, há algum papel sendo cumprido.

Temos também outras leis fundamentais, como a que define o **crime de estupro** (Artigo 213 do Código Penal), a lei do **atendimento obrigatório de vítimas de violência sexual** (12.845/2013) – que obriga hospitais e unidades de saúde a prestar atendimento prioritário e integral de pessoas em situação de violência sexual, inclusive, sem exigência de boletim de ocorrência –, a do **assédio sexual** (incluído pela Lei n.º 10.224/2001) e da **importunação sexual** (incluído pela Lei n.º 13.718/2018), que deixou de ser considerada uma contravenção penal, com pena de multa, para ser considerada um crime contra a dignidade sexual. Essa lei também inclui o **assédio no transporte público**, nos ajudando no enfrentamento cotidiano de violências que afetam nosso direito de ir e vir.

Cada lei aprovada é um avanço importante. É necessário também nos debruçarmos sobre o financiamento das políticas públicas de enfrentamento à violência, já que estudos comprovam que quando mulheres são acolhidas e acessam redes de enfrentamento – onde, inclusive, o Estado se responsabiliza –, é possível sair da situação de violência.

BOAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

ESCUTA

Uma das características de uma boa escuta é o não julgamento. É preciso lembrar que a desconfiança constante na palavra de mulheres acaba nos levando ao silenciamento. Também é preciso lembrar que é justamente o julgamento, o estigma, a vergonha, a culpabilização da vítima que enfrentamos quando decidimos procurar ajuda. Evite repetir a mesma questão (não é fácil entrar em contato novamente com a situação). Somos geralmente acusadas de nos beneficiarmos durante o processo de denúncia.

AJUDA PARA A CONSTRUÇÃO/CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS DA MULHER

Quanto mais sólida a rede, maior a chance de a vida sem violência se consolidar. Ajude a mapear pessoas, organizações e locais de confiança. A listar e distribuir funções. Acompanhe durante o contato. Escute o retorno.

CONHECIMENTO DA REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Dedique um tempo a mapear os coletivos de mulheres que atuam em sua região, faça contato com as lideranças, trace um perfil do funcionamento e da expertise de cada um deles. Conheça o 180. Também procure saber quais serviços e equipamentos especializados no atendimento à mulher existem em sua cidade. Por exemplo, tem centro especializado de atendimento à mulher (CEAM), delegacia especializada de atendimento à mulher (DEAM)? Ou a porta de entrada é feita nas UBS e CRAS? Tem serviço de defensoria pública e juizado especial de violência doméstica? Os serviços de saúde estão capacitados para prestar atendimento às vitimas de violência sexual de acordo com a Lei 12.845/2013? Existe serviço de abortamento legal? De abrigamento? E se não, é possível acionar algum organismo para cobrar presença e efetividade das políticas públicas?

SAIBA QUE PODE SER MUITO DIFÍCIL SAIR DE UMA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Esse não é um processo linear. Estamos falando de vínculos emocionais profundos, do que fomos acostumadas a tolerar em nome do “amor”, do “ruim com ele, pior sem ele” ainda tão presente em nossa geração, de romper com um ideal de família, de enfrentar o medo de que os filhos sofram, a desinformação... Além disso, os homens como sujeito coletivo têm suas formas de operar. Caso a mulher retroceda, não a julgue, permaneça no apoio, muito provavelmente ela virá novamente à sua procura.

Temos nas boas práticas um espaço de acolhimento que só é possível para quem está próximo, nas redes de cuidado de cada uma. Na outra ponta, buscamos avançar na implementação e consolidação de políticas públicas e da legislação, porque sabemos que nossa libertação não é individual, mas coletiva.

Mexeu com uma, mexeu com todas!

TEXTO 2
JUVENTUDES

ARLINDO PEREIRA DE SOUZA NETO
Graduando do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia;
Militante do Movimento Brasil Popular
ANA CKAROLINA KEIL
Militante do Levante Popular da Juventude

Ser jovem e não ser revolucionário é uma contradição genética!
(Ernesto Che Guevara)

Che Guevara sempre disse que falar de juventude é ganhar energia. Esta é uma realidade. Quando não se fala de e com os jovens, pode-se deixar de aproveitar o poder extraordinário que existe e até mesmo perder força na luta ao longo dos anos. Os jovens têm a capacidade de estimular as pessoas, que, marcadas por situações da vida, perdem um pouco de fé na mudança, no progresso. A juventude pode nos estimular com a sua presença, a sua força, para continuar trabalhando. Continuar a criar um mundo diferente.

Embora haja definições históricas a partir do nível estrutural de análise, a concepção de juventude possui particularidades determinadas a partir de cada contexto, historicamente. Nesse texto, buscaremos tratar a juventude como um ator político, a partir do seu potencial político de reivindicar as transformações sociais.

No contexto histórico-cultural do pós-Segunda Guerra Mundial, a juventude dos países envolvidos passou a questionar as heranças culturais. Na

França, em 1968, os levantes protagonizados pela juventude, em especial a universitária e secundarista, criticaram fortemente o Estado, as relações de produção, a burocracia, o poder exercido nas escolas, nas fábricas, nas igrejas e nas instituições psiquiátricas, reivindicando que um "outro mundo é possível" e que é preciso "ser realista e demandar o impossível". Além disso, a juventude operária esteve nas trincheiras da maior greve geral da França (Badiou, 2012).

As lutas e a demanda por transformações culturais conformaram levantes da juventude em todo o mundo, que criticavam fortemente os modos burgueses de estabelecer laços e vínculos amorosos e estimulavam a defesa da liberdade individual, conduzindo a um fortalecimento do movimento feminista e, mais tarde, nos movimentos *queer* e por direitos de pessoas LGBTQIA+ (Instituto Tricontinental de Pesquisa Social, 2020).

Enquanto esses levantes ocorriam na Europa, no Sul Global eles se estenderam pelos anos 1960 e 1970 em torno das lutas por libertação nacional e independência. No contexto dos processos de transformação social desse período, a juventude possuiu papel central nas revoluções ocorridas na América Latina.

Em países como México e África do Sul, além do Congo, Senegal e Cuba, o papel da juventude também foi emblemático. Na África do Sul, a juventude protagonizou a luta mais radical contra o regime do *apartheid*; já no México, a juventude de esquerda opositora ao regime militar foi brutalmente reprimida após uma onda crescente de protestos contra a ocupação militar da Universidade Nacional Autónoma do México (UNAM). Ambas findaram em massacres (Instituto Tricontinental de Pesquisa Social, 2020).

No Brasil, a União Nacional dos Estudantes vem tendo um papel marcante ao longo da sua história. A UNE foi a primeira organização desmantelada após o Golpe de 1964. Perseguida, a UNE fez parte da resistência à Ditadura, das mobilizações pela reabertura democrática na década de 1980 e, ao longo dos governos Lula e Dilma, reivindicou através de campanhas a implementação do sistema de cotas e de 10% do PIB para a Educação (Revista Movimento, 2007).

Recentemente, em 2019, a UNE articulou a agenda anual de mobilizações em unidade com diversos setores da sociedade civil, chamada "Tsunami da Educação", em resposta às medidas de desmonte no Ministério da Educação. Durante a pandemia de covid-19, foi a juventude, juntamente com as mulheres, quem protagonizou as campanhas de solidariedade massivas contra a carestia, o genocídio da juventude negra e a fome, agravada e intensificada pela crise sanitária global (Paterniani; Carvalho, 2020).

Ao considerarmos o percurso histórico da atuação política da juventude, fica evidente o seu posicionamento como um movimento organizado, embora diverso, que reivindica e busca pelas transformações sociais em cada

contexto. Desse modo, buscaremos compreender quais os desafios da juventude e qual o papel da organização popular nas transformações sociais.

EXCLUSÃO EDUCACIONAL

A crise econômica que se abate sobre a maioria das famílias brasileiras, além de aumentar o desemprego, tem diminuído o acesso e a permanência dos jovens nas instituições de ensino. Diante da pauperização das famílias, os jovens, que antes somente estudavam, estão sendo impelidos a contribuir com a renda doméstica, em geral, com trabalhos precarizados. Este fato contribui para a interrupção das trajetórias de escolarização destes jovens.

Desafios: Qual a importância de defender um projeto de educação para a juventude brasileira e como esse avanço pode impactar no desenvolvimento do país?

DESEMPREGO

A crise econômica, que vai desde a redução dos gastos públicos, passando pelo desmonte dos instrumentos de indução econômica, chegando até a destruição de cadeias produtivas inteiras, produziu a maior taxa de desemprego da nossa história. Segundo dados do IBGE de 2021, o país possuía 14,7% da população economicamente ativa desempregada, o que significa 14,8 milhões de desempregados. Ao aprofundarmos os dados sobre essa população desempregada, identificamos que os jovens foram o segmento mais afetado pela crise, principalmente aqueles que estão no começo de sua vida laboral. Entre os jovens de 14 a 17 anos, 46% estavam desempregados, número que dobrou desde 2014, época em que essa taxa chegava a 21,6%. Entre 18 e 24 anos, o desemprego chegava a 31%. A falta de perspectiva de inserção de um contingente tão expressivo de jovens no mercado de trabalho tem colocado a juventude numa situação crítica e com potencial explosivo, caso não seja enfrentada com medidas de impacto no curto prazo.

Desafios: O que é necessário para que o potencial da juventude de contribuir com o avanço do Brasil não seja perdido devido à falta de oportunidades no mercado de trabalho?

EXTERMÍNIO DA JUVENTUDE

A explosividade desta crise social, em que está imersa a maior parte da juventude brasileira, é complementada com um problema estrutural que nem mesmo os governos progressistas conseguiram intervir de forma estrutural: os altos índices de violência e de homicídios entre a população jovem. Os dados referentes à violência refletem marcas do passado que não

foram superadas nem mesmo nesses governos e reafirmam que a constituição da sociedade brasileira é pautada especialmente na violência cometida, deliberadamente, contra parcela específica da população brasileira: nesse caso, em desfavor da população negra. Os índices de violência no Brasil são gigantescos, superiores aos de países em guerra. O processo de extermínio não pode ser dissociado da nossa formação social e do papel de controle exercido através da aniquilação das vidas de pessoas negras.

Extermínio, aqui, não se trata somente da possibilidade de executar, mas de exterminar outras possibilidades de existência. Considerando que os índices de homicídios começam aos 12 anos de idade, trata-se de parte do projeto de fundação do país, interditar e impedir a vida em plenitude da população negra, seja numa perspectiva individual (enquanto sujeitos), seja numa perspectiva coletiva enquanto território, comunidades etc.

Segundo dados do Atlas da Violência 2021, em 2019, ocorreram 45.503 homicídios no Brasil e, entre 2009 e 2019, para pessoas negras, o número absoluto de mortes violentas subiu 1,6%, ao contrário do que ocorreu com o restante da população, que teve uma queda de 33% nessa taxa. Ou seja, no Brasil a chance de uma pessoa negra ser assassinada é quase três vezes superior à de uma pessoa não negra. A taxa de homicídios para cada 100 mil habitantes não negros é 11,2, enquanto que para negros, é 29,2, o que já reduz a expectativa de vida de homens negros em função das taxas de homicídio no seu segmento mais jovem (Cerqueira et al., 2021).

Essas altas taxas de homicídio incluem os altos índices de letalidade policial, o que acaba envolvendo o Estado brasileiro no extermínio da juventude, especialmente negra. Este quadro se agravou com a política de segurança do governo bolsonarista, cujo principal símbolo foi o uso indiscriminado das forças armadas na ocupação de comunidades periféricas e espaços institucionais. Tais ações da lógica de extermínio estão fundadas e alicerçadas na famigerada guerra às drogas que, através do mercado internacional do tráfico de drogas, legitima e incentiva ações desproporcionais e de alta letalidade em inúmeros territórios, fortalecendo as desigualdades sobre as quais nosso país foi fundado.

Assim, o combate à violência e ao extermínio da juventude deveria ser um compromisso prioritário do Estado brasileiro, dada a dramaticidade e a complexidade deste problema. A política de segurança deve ser capaz de escapar das alternativas populistas, que só agravam o problema, e ao mesmo tempo deve apontar medidas concretas que interrompam a curva ascendente da violência urbana. Nesse sentido, em 2023, o governo federal elaborou o “Plano Juventude Negra Viva”. Nós indicamos como essencial que se trabalhe no sentido tornar os compromissos assumidos no âmbito deste plano em políticas de Estado.

Desafios: Como fortalecer a luta antirracista e impulsionar a presença do Estado nas favelas e comunidades com políticas públicas para a juventude e não mais com o seu braço armado?

Em 2023, o governo federal lançou o “Plano Juventude Negra Viva”. Nós indicamos como essencial que se trabalhe no sentido tornar os compromissos assumidos no âmbito deste plano em políticas de Estado.

JUVENTUDE QUER VIVER: RECONSTRUIR O BRASIL E VER O POVO NO PODER!

Carolina Maria de Jesus escreveu certa vez que sonhava com um Brasil para os brasileiros. Mas o que significa isso? Para nós, jovens, significa a construção de um país que se importe com seu povo, priorize em sua política a construção de uma nação justa e igualitária, em que ela – a política – esteja a serviço do povo e, de fato, represente os anseios populares. Uma nação com um projeto de desenvolvimento e uma política econômica que busque a soberania e a distribuição de renda. Um país que é produzido por seu povo.

Queremos que os brasileiros se reconheçam naquilo que eles constroem cotidianamente: a história, a riqueza e a cultura do Brasil. Afirmar a defesa do Brasil para os brasileiros, inclusive em meio às disputas narrativas sobre os símbolos nacionais, é afirmar que acreditamos nesse país e seguiremos lutando por ele. Diante do exposto, quais as lutas centrais dos jovens brasileiros para reconstruir o Brasil e esperançar os sonhos da juventude?

TEXTO 3
CONTROLE SOCIAL

OSVALDO PERALTA BONETTI
LARISSA LEITE BATISTA
SÉRGIO DE SOUZA CRUZ
Núcleo Angicos – Fiocruz Brasília
(Este texto é uma construção coletiva)

Saúde é direito fundamental de todas e de todos devendo o Estado prover as condições, meios e recursos necessários à sua efetivação plena.
(Princípio extraído da CF/1988)

Para assegurar este direito, a participação da sociedade é requisito constitucional definido, também, como um direito objetivando que o acesso às informações e o controle social sejam efetivados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com eficiência e qualidade.

Importante lembrar que o SUS, como constituído, resulta de uma Emenda Popular apresentada à época pelo Movimento de Reforma Sanitária, surgido no início da década de 1970, que lutava e defendia a democratização do acesso à saúde.

A Reforma Sanitária no Brasil, portanto, foi liderada pelo movimento que, inicialmente, reunia profissionais e estudantes da área da saúde e que, na sequência, manteve-se apoiado por outros tantos movimentos sociais de trabalhadores e segmentos da sociedade.

Sendo assim, o SUS como está definido no artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) é resultado de uma luta social, advindo daí:

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, define a saúde como um direito fundamental do ser humano, dispondo que o Estado deve prover as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 regulamenta a participação da sociedade na gestão do SUS e do financiamento da saúde. Esta Lei é um marco para o controle social do SUS, pois aponta a participação social como um caminho para a democracia: "é através da participação que se supera a resignação e o medo, e geramos as condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania" (Souza, 2004, citado por Brasil, 2013, p. 2).

Além de conhecermos as normas e a legislação, é fundamental nos sentirmos parte da cultura democrática, o que requer empoderamento, reconhecimento de nossos "saberes de experiência feitos" em parceria com os saberes formulados no âmbito do trabalho e da gestão do SUS. Assim, é imprescindível reconhecermos que todas e todos temos vivências e saberes que nos permitem construir conhecimentos e ações que nos tornam aptas(os) a participar deste processo de construção, monitoramento e fiscalização permanentes do SUS.

QUAIS SÃO, ONDE E COMO PODEMOS PARTICIPAR DAS INSTÂNCIAS E ESPAÇOS PARA GARANTIRMOS O DIREITO À NOSSA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA, NO SUS?

Para nossa atuação como ativistas da saúde, a participação nos Conselhos e Conferências de Saúde no âmbito local, municipal, estadual ou nacional é essencial e estratégica para o exercício do controle social.

Por meio da participação social se concretiza o controle social, que se configura como a participação dos cidadãos e cidadãs na gestão pública, como uma das formas de compartilhar o poder de decisões políticas entre o Estado e a sociedade civil.

Assim, por meio da atuação nos conselhos de saúde, e mesmo em outras frentes, como nas conferências de saúde, é que os diferentes movimentos apresentam, debatem e expressam suas demandas e propostas perante e junto aos poderes executivo, legislativo e judiciário de Estado e, também, entre as diferentes próprias "disputas" da sociedade. Nesse sentido, a fim de aprofundarmos o acesso às informações e aos modos de participação, discutiremos os termos relacionados à participação e controle social rela-

cionados à saúde, suas políticas públicas e ao SUS, em geral. Costumeiramente, utilizamos "participação popular e participação social" de forma indiscriminada como sinônimos; contudo, são conceitos distintos, mas que devem caminhar juntos para alcançarmos o processo democrático de fato. Assim, devemos distinguir, sem separar, "participação popular" de "participação social".

"A participação social é também denominada "participação comunitária" no contexto da saúde, sendo estabelecida e regulada pela Lei n.º 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde. Busca-se, desta maneira, que atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde". (Brasil, Fiocruz, PenseSUS)

PARTICIPAÇÃO POPULAR corresponde às formas mais independentes e autônomas de atuação política da classe trabalhadora, que se organiza em movimentos, associações de moradores, categorias sindicais, coletivos culturais, novas formas de organização. Refere-se às formas de luta mais direta, mais pontual, por meio de ocupações, greves, marchas, caravanas, romarias, mobilizações, manifestações, paralisações, intervenções, bloqueios de ruas e estradas, silêncios coletivos, cirandas, paradas, lutas comunitárias. Embora dialogando e negociando com os governos, em determinados momentos, essas formas de organização e mobilização não atuam dentro de programas públicos nem se subordinam às suas regras e regulamentos.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL se dá nos espaços e mecanismos de controle social, como conferências, conselhos, ouvidorias, audiências públicas, entendida pelos gestores públicos que a promovem como categoria e como conceito metodológico e político. Esta forma de atuação da sociedade civil organizada é fundamental para o controle, a fiscalização, o acompanhamento e a implementação das políticas públicas, bem como para o exercício do diálogo e de uma relação rotineira e orgânica entre os governos e a sociedade civil.

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde constituem, atualmente, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo.

Os Conselhos de Saúde, em suas diversas modalidades, como o Conselho Nacional, Conselhos Estaduais, Municipais, Locais, das Comunidades Indígenas e também as Conferências de Saúde (Nacionais, Estaduais e Municipais), dentre outras modalidades, são espaços para o exercício do controle social do SUS.

A composição dos Conselhos e das Conferências de Saúde deve contar com representação dos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços do SUS.

Os caminhos de fortalecimento da participação e do controle social no SUS perpassam a formação de conselheiras(os) de saúde e de protagonistas sociais que têm se constituído enquanto elementos impulsionadores da democratização das políticas e do engajamento da sociedade na luta por saúde enquanto direito de todas(os) e dever do Estado.

Nesse sentido, apontamos que a educação popular em saúde, enquanto um modo de conduzir os processos educativos de cuidado integral à saúde, de fortalecer a participação e cidadania no SUS e de implementar processos de gestão participativa é estratégica para o controle social.

Criada no contexto de resistência e da luta pelos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais, no Brasil, a educação popular vem marcada pelo paradoxo: de um lado, as necessidades do povo que aumentam a cada dia e, de outro, os interesses econômicos de alguns em detrimento da fome e da ausência de direitos humanos para a maioria da população. Tal paradoxo aumenta as desigualdades sociais, uma vez que, para garantir saúde e cidadania, necessariamente, precisamos romper e superar esse mecanismo produtor de desigualdades e construir novas bases de desenvolvimento da sociedade brasileira.

Nesta perspectiva, o controle social e a educação popular em saúde articulam-se ao contribuir para a “desnaturalização” dos fenômenos sociais e para a reflexão problematizadora a fim de que as pessoas tenham capacidade de analisar as raízes dos problemas estruturais que impedem a garantia dos direitos, da dignidade e da vida.

MOMENTO LEITURA

TEXTO 4

COMBATER AS DIFERENTES FORMAS DE RACISMO PARA CONSTRUIR UMA SAÚDE LIVRE DE PRECONCEITOS PARA TODAS AS PESSOAS

MATEUS DOS SANTOS BRITO
Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ/BA), Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA)

MARIA DAS GRAÇAS EPIFÂNIO DA SILVA
Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ/MG)

LAYZA DA ROCHA SOARES
Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO/RJ), Doutora em Economia

RACISMO FAZ MAL A SAÚDE

Atualmente, as desigualdades sociais são um dos maiores desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a saúde para todas e todos. No Brasil, as desigualdades sociais se unem com as desigualdades

raciais, heranças da história escravista e colonial do país, com reflexos persistentes até os dias de hoje. São diversas as dificuldades enfrentadas pela população negra para acessar os serviços de saúde do SUS, como:

-Grandes distâncias geográficas entre os serviços de saúde e as comunidades do campo, florestas e águas.

-Dificuldades de acesso à informação em saúde de qualidade. Graves vulnerabilidades socioeconômicas, principalmente para a parcela mais pobre da população, em sua maioria, formada por pessoas negras.

-Preconceito e despreparo dos profissionais para atender as populações tradicionais negras e indígenas.

-Poucas iniciativas de combate ao racismo na saúde no SUS.

MAS, AFINAL, O QUE É O RACISMO E QUAIS SÃO OS SEUS TIPOS?

RACISMO ESTRUTURAL

Para o professor Silvio Almeida (2018), o racismo estrutural faz parte da história de criação do Brasil, que tem como origem a escravidão e a colonização. O pensamento e a atitude racista ainda existem no Brasil até os dias de hoje, mesmo depois do fim da escravidão e colonização. Na verdade, o racismo serve como base até os dias atuais, para todas as formas de relações sociais no Brasil, influenciando na visão, muitas vezes, preconceituosa que a sociedade tem sobre a população negra (Almeida, 2018).

RACISMO INSTITUCIONAL

A médica Jurema Werneck (2016) alerta que o racismo institucional piora a situação de saúde da população negra no Brasil, como por exemplo, nas limitações que profissionais de saúde têm em preencher o quesito raça/cor/etnia nas fichas de cadastro e avaliação do SUS, dificultando a produção de dados sobre a situação de saúde desta fração da população (Werneck, 2016), ou ainda, no baixo reconhecimento dos saberes e práticas tradicionais afro-indígenas como os das benzedeiras, parteiras, raizeiros e outras mestres e mestras do saber popular no SUS. O racismo institucional determina a forma como as políticas e serviços de saúde são pensados, oferecendo condições de funcionamento que privilegiam uma parcela da população, utilizando a raça como critério (Almeida, 2018).

RACISMO AMBIENTAL E RACISMO RELIGIOSO

O racismo ambiental pode ser visto na distribuição desigual dos impactos e riscos relativos aos desastres e degradações ambientais da natureza, que, na maioria dos casos, atingem a população negra localizada no campo, florestas e águas, e nas periferias das grandes cidades (Martínez, 2018). Já o racismo religioso é compreendido pela violência contra pessoas adeptas de religiões afro-brasileiras de matriz africana e ou afroindígenas (como o candomblé, umbanda e jurema), com casos de violência física, moral e institucional contra essas religiões, que tem origem negra, africana e indígena (Nogueira, 2020).

ENTÃO, COMO TODOS NÓS PODEMOS UNIR FORÇAS CONTRA O RACISMO?

Apesar das dificuldades de acesso à saúde, os movimentos sociais das populações tradicionais afro-brasileiras, como a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) e a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO), têm contribuído na conquista de importantes avanços na luta antirracista na saúde, como na criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com sucesso restringido pela baixa implementação, contando com presença em apenas 47% dos municípios do país (Brasil, Ministério da Saúde, 2017; 2023).

TODAS AS PESSOAS TÊM UM PAPEL IMPORTANTE NA LUTA CONTRA O RACISMO (NEGROS, INDÍGENAS, BRANCOS, AMARELOS)

Com esses desafios, os movimentos sociais negros têm defendido a junção entre a saúde feita no SUS (atenção à saúde e políticas de saúde), com a saúde ancestral presente nos territórios e nos saberes e práticas de cuidado das rezadeiras, parteiras, benzedeiras, raizeiros, que pouco são valorizados (CONAQ, 2023; Brito, 2024). A Educação Popular em Saúde, junto aos territórios tradicionais afro-brasileiros (quilombos e terreiros de axé), pode ajudar nessa proposta, somando forças no resgate dos valores civilizatórios afro-brasileiros, junto às atividades de educação em saúde (Brasil, 2013; Gama, Cabral, 2021). Os valores civilizatórios afro-brasileiros são:

1. Axé (energia vital que garante o convívio respeitoso com a natureza sagrada e o ambiente);

2. Circularidade (que garante a continuidade, com quebras de hierarquias e da ideia de começo e fim);

3. Oralidade (promove a transmissão de saberes, memórias e dinamiza as ideias);

4. Corporeidade (o corpo como resistência política coletiva e contador de histórias);

5. Ancestralidade (guardiã dos saberes, práticas e tecnologias de resistência);

6. Comunitarismo (reafirma que a existência afro-diaspórica é coletiva e solidária);

7. Memória (recorda e combate o racismo epistêmico);

8. Religiosidade (todos os elementos da natureza são sagrados, incluindo as pessoas);

9. Musicalidade (essencial para mobilizar afetos, memórias e ideias ancestrais);

10. Ludicidade (como forma de resistir contra a dura realidade do racismo, colonização e escravismo, a partir da alegria de viver).

Finalmente, a Educação Popular tem um papel fundamental no reconhecimento e valorização das culturas dos povos tradicionais de matriz africana e quilombolas do Brasil, podendo contribuir na criação de políticas de saúde antirracistas, além de estimular a participação popular e o protagonismo destas populações e territórios, inclusive, sensibilizando gestores e trabalhadores do SUS.

Perguntas problematizadoras

I. Em quais situações você percebe o racismo no dia a dia do seu território ou comunidade?

II. É possível ter saúde com a existência do racismo? Por quê?

III. O seu município tem ações antirracistas ou da Política de Saúde da População Negra para comunidades quilombolas ou de terreiros de matriz africana? Quais?

IV. Quais ações as pessoas brancas, amarelas, negras e indígenas podem tomar em conjunto para enfrentar o racismo?

V. De que modo a educação popular e o programa AgPopSUS podem ajudar a combater o racismo e valorizar os saberes e práticas de saúde existentes em sua comunidade?

TEXTO 5

RACISMO AMBIENTAL, (IN)EQUIDADE E VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

VICTOR DE JESUS

GABRIELA REIS
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; Ministério da Saúde

Muitas vezes, atuamos em um território e nos acostumamos com o que acontece neles, mas não sabemos que algumas vivências têm um nome específico. O racismo ambiental é uma delas, parece algo que não sabemos muito o que é, mas é recorrente no nosso dia a dia. Vamos entender de onde vem e o que é?

RACISMO AMBIENTAL

O termo "racismo ambiental" foi uma expressão utilizada por Benjamin Chavis no fim dos anos 70 como forma de denunciar a dimensão ambiental do racismo nos Estados Unidos. Isso aconteceu porque ele identificou que as empresas escolhiam justamente os territórios negros e pobres para lançarem seus resíduos tóxicos, muitos deles cancerígenos. Então, o movimento negro e a população de Carolina do Norte foram para as ruas protestar contra o racismo ambiental e a injustiça ambiental presentes nessa ação.

Anos depois, Robert Bullard ajudou a popularizar o termo quando fez uma pesquisa que mapeava os aterros sanitários e identificou que a maior parte deles estava presente em territórios negros e pobres, mesmo essa população sendo minoria nos territórios. Por exemplo, 25% da população de Houston era negra, no entanto, 80% das toneladas de resíduos se concentravam nos seus territórios.

Então, o racismo ambiental identifica e denuncia que os grupos não são afetados pelas desigualdades ambientais do mesmo modo: alguns estão mais expostos a danos e adoecimento do que outros. Isso quer dizer que populações negras, indígenas e pobres, por exemplo, estão mais sujeitas a vivenciarem e sofrerem com maior intensidade os problemas ambientais, pois são esses grupos que mais se encontram em zonas de risco – em regiões sujeitas a deslizamentos, inundações, sem saneamento básico, onde se constroem grandes empreendimentos que expõem a população à perda dos modos de vida e exposição a contaminantes químicos, físicos e biológicos.

RACISMO AMBIENTAL E INIQUIDADES EM SAÚDE

E o que isso tem que ver com a saúde? Na prática, essas vivências estão diretamente relacionadas à saúde, já que as populações residentes nessas zonas de risco têm as chances de adoecimento e morte aumentadas por fatores socioambientais e tecnológicos. Ou seja, viver nesses territórios pode diminuir o tempo de vida ou o tempo de vida saudável das pessoas dessas comunidades, que em sua maioria são pessoas negras, pobres e/ou indígenas. Vamos ver alguns exemplos disso aqui no Brasil?

Os dados recentes do Censo 2022 apontaram que as pessoas preta, parda e indígena têm menos acesso a saneamento básico no Brasil. Isso já se verificava no Censo 2010, quando quase 80% dos domicílios sem acesso a banheiro no Brasil eram de famílias negras pobres. Tendência também identificada pelos estudos Retratos da Desigualdade – Gênero e Raça (IPEA), que apontava que domicílios chefiados por mulheres negras periféricas tendem a ter menor acesso à infraestrutura de saneamento básico e energia. Além de territórios tradicionais, como indígenas e quilombolas, que estão sujeitos aos impactos de lixões, hidrelétricas, usinas eólicas, garimpos, mineração, vazamentos de petróleo e outras fontes de contaminação do solo, do ar e da água que utilizam.

Essas condições ambientais impactam a saúde desses grupos de modo desigual. Por exemplo, pesquisas recentes apontam que crianças indígenas de até 5 anos têm alta mortalidade por diarreia, além de estarem mais sujeitas à contaminação por mercúrio. A cada 90 min morre uma pessoa negra no Brasil por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado. A pandemia de covid-19 produziu maior mortalidade na população negra, sobretudo mulheres negras, assim como a dengue. Além disso, territórios negros estão mais sujeitos aos desastres, uma das emergências em saúde pública.

Considerando isso, é evidente que a existência do racismo ambiental está diretamente conectada às iniquidades em saúde. Por isso, o racismo ambiental constitui uma violação da equidade em saúde, um princípio doutrinário do SUS, já que alguns grupos são mais vulnerabilizados do que outros – são as desigualdades dentro das desigualdades.

RACISMO AMBIENTAL, EQUIDADE E VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

Nesse sentido, atuar para o enfrentamento ao racismo ambiental é um modo de garantir a equidade em saúde pública, também um dos princípios éticos da vigilância em saúde pública. Isto porque "é fundamental fazer a vigilância de indivíduos ou de grupos particularmente suscetíveis a doenças, danos ou injustiças, o que exige considerações cautelosas para evitar a imposição de mais ônus desnecessários" (OPAS, 2017, Diretriz 9, p. 45). Assim,

> [...] A vigilância em saúde pública pode impulsionar a busca pela equidade ao identificar os problemas que afligem particularmente as populações desfavorecidas, inclusive comunidades mundiais, ao aportar evidências para campanhas de saúde direcionadas e identificar a base das diferenças injustas na saúde (OPAS, 2017, p. 25).

Nesse contexto, a Vigilância Popular em Saúde, como uma tecnologia social e da saúde coletiva, pode contribuir para enfrentar essas iniquidades em saúde a partir: i) do protagonismo social e comunitário; ii) da educação popular; iii) do reconhecimento do que tem sido produzido de saúde e vigilância dentro da especificidade de cada território; e iv) do acolhimento e tratamento dessa produção dentro do SUS. Isso permite que as comunidades identifiquem, avaliem e monitorem o adoecimento e os aspectos socioambientais, culturais e de exposição a químicos, biológicos e físicos. Assim, a estrutura pública de saúde pode atuar antecipadamente na prevenção, promoção e recuperação da saúde em contextos de racismo ambiental, assim como a população e os governos podem reivindicar e atuar para a promoção da equidade ao dar visibilidade e questionar as injustiças ambientais.

VAMOS REFLETIR?

Para finalizar, vamos fazer uma roda de conversa e discutir o que aprendemos.

1) Você já tinha escutado falar em racismo ambiental?

2) Como você percebe isso nas suas andanças e vivências pelo território onde mora e atua?

3) Você acha que a crise climática pode interferir nisso?

4) Quais as ações que o Estado pode tomar para enfrentar o racismo ambiental? Quais ações o SUS pode adotar para isso? E como a Vigilância Popular em Saúde pode contribuir nisso?

PARA SABER MAIS...

PARA SABER MAIS...
PARA SABER MAIS...

MEIO AMBIENTE

As origens da justiça ambiental – e por que só agora ela recebe a atenção devida

Décadas de pesquisa mostram que as comunidades negras e pardas estão na linha de frente dos danos ambientais. É possível corrigir essas injustiças de longa data?

InstitutoPólis

pólis direito à cidade campanhas projetos escola da cidadania estudos biblioteca notícias

racismo ambiental e justiça socioambiental nas cidades

julho 2022



veja também

#VoteCidadesJustas

justiça energética



PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA O ENFRENTAMENTO DO RACISMO AMBIENTAL NO BRASIL

Março de 2024.

"O que está em volta é a vida do nosso povo, é a nossa mãe terra pedindo liberdade".

Anacleta Pires

TEXTO 6
O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

LARISSA LEITE

FERNANDA SEVERO

LORENA PADILHA

*Trecho do texto originalmente publicado no Caderno do Educando do AgPop Juventudes - Fiocruz Brasília.

Se a gente observar ao nosso redor, conseguimos perceber um aumento de pessoas que estão adoecidas por alguma questão que envolve sua saúde mental. Você já parou para pensar como anda a sua saúde mental? Ou como anda a saúde mental das pessoas na sua comunidade? Ou ainda, no que afeta sua saúde mental e das pessoas ao seu redor?

No Brasil, os agravos da saúde mental, principalmente após a pandemia covid-19, sinalizam um aumento nos índices de ansiedade e depressão em mais de 25% da população, como também aconteceu um aumento de uso problemático de álcool e outras drogas.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil possui uma das maiores taxas de transtornos de ansiedade do mundo, com cerca de 9,3% da população sofrendo desse transtorno. A pandemia trouxe desafios para a saúde mental e estamos lidando com as consequências desse momento, que incluem: isolamento social, sofrimento com luto por perdas familiares, sentimento de medo, instabilidade no trabalho e incerteza econômica. A crise climática e os desastres ambientais são outros agravantes para a saúde mental que estamos vivenciando. Preocupação, medo, tristeza, angústia, raiva e insegurança no futuro são os principais sentimentos que nos atravessam.

O termo “ecoansiedade” tem sido utilizado para descrever o sofrimento mental que vem em resposta às mudanças climáticas. A gente sabe que o nosso povo está mais adoecido, mas afinal, o que é saúde mental? A Organização Mundial da Saúde (OMS) parte de uma noção onde a saúde mental é pensada como um conjunto de fatores associados à noção de bem-estar, relacionado com uma série de condições fundamentais, que vão além de um estado psíquico, ou de uma ausência de um sofrimento mental. Nossa saúde mental é atravessada por questões sociais, ambientais, biológicas e espirituais.

Estamos acostumados a ouvir falar sobre essa visão de saúde mental orientada pelo conceito de bem-estar social. Mas existem outras referências que buscam romper com o modo colonialista de pensar, tendo como base outros modos para além do modo capitalista. Essas outras visões nos apresentam possibilidades de refletir nossa coletividade, visão de mundo, a forma como reconhecemos nossos sonhos, nossa ancestralidade, nossa cultura, ideias, valores e práticas que inspiram e orientam como pensar o Estado e as políticas públicas. É a partir da filosofia Ubuntu – “Eu sou porque nós somos” – dos povos africanos, e dos povos andinos da América do Sul e outras comunidades indígenas, que nos trazem a perspectiva do “Bem Viver”, que se apresenta uma “oportunidade para imaginar outros mundos.” O Bem Viver nos aponta práticas ancestrais que têm como base o valor comunitário.

“uma sociedade balizada pela ideologia da supremacia branca, imperialista, capitalista e patriarcal nunca pode ser justa”.
(bell hooks)

As populações com maior vulnerabilidade social são as que sentem mais esses impactos em sua saúde mental, pois estão intrinsecamente relacionadas às condições de vida, e a possibilidade de ter acesso à cultura, ao lazer, à moradia digna, ao emprego digno e à possibilidade de sonhar e criar uma vida melhor para si, para sua família e para o seu entorno.

Está aí o que costumamos chamar de “social”. Lembre-se do que vimos há pouco: Saúde Mental é um conjunto de fatores biopsicossociais e espirituais, assim como está relacionada com a noção de Bem Viver comunitário. Percebemos que o social é muita coisa! Estamos falando da realidade social, política, cultural e também ambiental, e tudo isso afeta a saúde mental de toda a população. Entende o porquê de os problemas de saúde mental também surgirem e/ou serem reforçados na própria coletividade?

CUIDAR EM LIBERDADE E NA COMUNIDADE

Se estamos falando de algo que atinge a todos, temos que "chamar" o Estado brasileiro para oferecer condições dignas de cuidado em saúde para toda a população. Afinal, as questões de saúde mental demandam políticas públicas, redes de proteção, melhores condições de vida, segurança alimentar, fortalecimento da comunidade, dentre outros fatores. E, aqui no Brasil, já existe uma Lei que define a Política Nacional de Saúde Mental, a Lei n.º 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado.

O Ministério da Saúde é quem coordena as ações presentes nessa Lei e a gente reconhece as diretrizes e estratégias dessa Política em nosso território a partir da organização de uma rede de atenção às pessoas que precisam de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Estamos falando tanto de quem precisa de atenção a demandas relacionadas aos transtornos mentais, quanto para quem precisa de cuidados decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. Os princípios da política de saúde mental são: a desinstitucionalização (fim dos hospitais psiquiátricos), o cuidado em liberdade e os direitos humanos.

A linha de cuidado às pessoas em sofrimento mental e aos seus familiares é realizada em liberdade na comunidade, e o acolhimento é uma das principais estratégias desse cuidado. Essa forma de cuidar está organizada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é composta por Unidade Básicas de Saúde (UBS/ESF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, Programa De Volta pra Casa, Programa de Redução de Danos, Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, dentre outras diversas ações que garantem o cuidado em liberdade.

COMO E ONDE PROCURAR AJUDA?

- Converse com a/o agente comunitária/o do seu território, juntamente com a equipe de saúde da família eles podem cuidar, encaminhar e articular melhores estratégias de cuidados junto à Rede de Atenção Psicossocial;

- Procure um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) mais próximo da sua comunidade. Os CAPS, em geral, são serviços porta aberta, ou seja, que acolhem espontaneamente as demandas de pessoas que chegam à unidade. São constituídos por equipes multiprofissionais com olhar interdisciplinar, que acolhem, prioritariamente, pessoas com sofrimento psíquico grave.

- A promoção à saúde não pode se resumir aos serviços de saúde, então, quais são os recursos da comunidade que são estratégias de saúde (num sentido

mais amplo) que fortalecem redes de apoio e estimulam aquilo que nos faz bem no território? Como por exemplo: grupos de capoeira, maracatu, samba, teatro, dança, dentre outros.

"Cuidar de mim é cuidar do outro, e cuidar do outro é cuidar de mim", Ray Lima nos ensina nessa cantiga popular sobre nosso desafio enquanto Agentes Populares em Saúde. Aprender a lidar coletivamente com o que nos adoece, nos fará problematizar nossas experiências, nos inquietar diante de injustiças, e também, construir relações solidárias que nos fortalecem e estimulam nossa ação de ir ao encontro do que faz a gente se sentir fortes, potentes e saudáveis. E essa é uma tarefa coletiva! Você consegue identificar no seu território espaços de promoção de saúde mental?

TEXTO 7
COMUNICAÇÃO POPULAR, DESINFORMAÇÃO E FAKE NEWS

LUANA GOMES
Comunicadora Popular
Núcleo de Formação Popular Família Hip Hop e
assessoria de comunicação da SGTES/Ministério da Saúde

Para você, o que é comunicação popular?

DE QUE TIPO DE COMUNICAÇÃO POPULAR VAMOS FALAR?

"COMUNICAÇÃO DO POVO", feita pelo povo e para o povo, por meio de organizações e movimentos emancipatórios visando à transformação das estruturas opressivas e condições desumanas de sobrevivência.

[Leitura coletiva do texto: cada educando(a) lê um parágrafo]

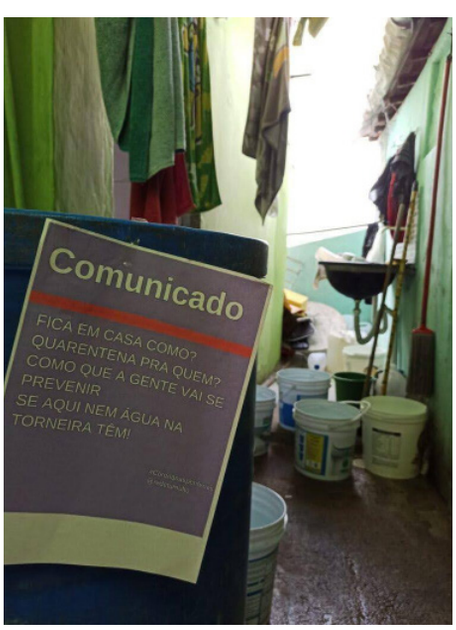
COMUNICAÇÃO POPULAR E COMUNITÁRIA SALVAM VIDAS DURANTE A PANDEMIA

(Texto de Tâmara Terso e Paulo Victor Melo escrito na Le Monde Diplomatique Brasil)

De nós para os nossos! Esse foi o lema que unificou comunicadoras e comunicadores populares e as lutas antirracistas e por igualdade de gênero em um ano pandêmico. O chamado também orienta o manifesto da iniciativa #CoronaNasPeriferias, uma coalizão nacional de coletivos de comunicação e periferias criada em março de 2020 no intuito de produzir conteúdos informativos e ações territoriais contra o novo coronavírus, considerando a diversidade de linguagens e modelos de organização local.

Desde que a pandemia de covid-19 chegou ao Brasil, de norte a sul do país foram desenvolvidas estratégias das mais diversas para enfrentá-la. Sem dúvida, o papel da comunicação comunitária, mídias livres e jornalismo independente, além do trabalho desenvolvido por movimentos sociais, foi determinante para que os números de infectados e de mortos não fossem ainda maiores do que já são.

Enquanto os órgãos do Executivo, Legislativo e Judiciário, com raras exceções, mantiveram políticas de deixar morrer – com a demora na aprovação e inúmeras dificuldades de acesso ao auxílio emergencial – ou políticas de matar – com a disseminação de informações falsas sobre o tratamento do novo coronavírus, sobretudo por parte da Presidência da República –, nos territórios vulnerabilizados, a palavra de ordem foi colaboração.





CARTAZES PRODUZIDOS PELA REDE TUMULTO

A covid-19 encontrou um país já arrasado pelo racismo estrutural, violência de gênero e negação do direito à comunicação. Na ausência do Estado, a sociedade civil enfrenta agora mais um fim do mundo com tecnologias sociais aliadas à comunicação digital – quando a conexão é possível. Não faltou megafone, rádio-poste, barcos equipados com cornetas, moto de som, cartazes, checagem de notícias no WhatsApp, áudios informativos circulando em bicicletas e paródias para informar sobre métodos de higiene e isolamento necessários na prevenção ao novo coronavírus. Para boa parte das mais de 13 milhões de pessoas que vivem em favelas, milhares em situação de rua ou em áreas rurais, essas foram as únicas fontes de comunicação segura.

Os conhecidos instrumentos da comunicação popular ganharam mobilidade e escala, dada a urgência do momento. Nesse processo, o fortalecimento dos laços comunitários e o reconhecimento territorial se tornaram expressivas alternativas contra a desinformação.

A experiência da Vila Brasilândia, na zona norte de São Paulo, é um exemplo. Desde o início da pandemia foi montada a rede Brasilândia Solidária, que uniu organizações comunitárias do território para mobilizar estratégias de informação e apoio às famílias. A Rádio Comunitária Cantareira, fundada no bairro em 1995, foi fundamental no processo de produção e distribuição de conteúdos informativos, passando a contar com carros de som e até mini trio para reforçar as mensagens de prevenção. Segundo a série "Pandemia e Desigualdade", do Instituto Pólis, as ações integradas, realizadas nas comunidades, foram responsáveis por conter a doença nos territórios vulnerabilizados em São Paulo.

Em Recife, na favela do Totó, a cineasta Yane Mendes, com mais dois amigos, iniciou um trabalho voluntário de "tradução" das mensagens sobre prevenção contra o coronavírus feitas pela Secretaria de Saúde do município. Com cartazes colados ao lado dos boletins oficiais, a Rede Tumulto usou termos familiares à comunidade para tratar de assuntos referentes à pandemia. Yane crítica que "os meios de comunicação em que eles [governos] gastaram inúmeros recursos não dialogavam de maneira nenhuma, não tinham funcionalidade dentro das periferias".

Sobre os efeitos positivos das ações realizadas pela rede, ela afirma que "mais do que nunca, na pandemia, ficou comprovado que a comunicação que a gente faz é a comunicação que chega e não rodeia tanto para aquilo que se quer falar. A gente enxerga na conversa do vizinho, numa porta de casa, o meio, uma ferramenta de comunicação. E também tem a diferença dos territórios. Tem território que um cineclube funciona melhor, tem território que está botando um áudio, em outro numa caixa de som na laje é melhor, e há outros em que os cartazes funcionam".

Na região amazônica, destaca-se o trabalho da Rede Mocoronga de Comunicação. No território, os rios são vias por onde navegam informações de prevenção para 76 comunidades da Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns, no Pará. Como parte do projeto Saúde e Alegria, a rede intensificou em 2020 suas iniciativas de comunicação já conhecidas pela comunidade, com alerta especial para a covid-19. Os programas de rádio, fotonovelas e produções audiovisuais somaram-se com iniciativas de produção e distribuição de cartazes. Uma corneta foi adaptada ao barco-hospital do projeto que visitou periodicamente os ribeirinhos, reproduzindo paródias de músicas famosas na região como meio de informação, organizadas pelo coletivo Jovens Tapajônicos.

Walter Kumaruara, jovem liderança indígena que coordena as iniciativas, contou que a rede seguiu incentivando a produção local através de rádios-poste e da premiação Mocorosca, uma espécie de "Oscar" amazônico. "Fizemos o Mocorosca em 2020, incentivando os jovens a produzir mensagens educativas sobre a prevenção à covid-19. A ideia desses cartazes era para colar dentro de casa, ensinando como se higienizar e o que fazer quando vem da comunidade para a cidade e da cidade para a comunidade. Porque tem toda a questão do cuidado. Quando você leva a compra da cidade para a comunidade está levando esse vírus. Então a melhor forma de higienizar as sacolas, tudo isso, era repassado".

FAKE NEWS - DESINFORMAÇÃO!

A expressão fake news quer dizer notícia falsa. É uma referência a um conteúdo incorreto que é apresentado na forma de uma notícia normal. Além da propagação de notícias genuinamente falsas, também é preciso estar atento ao que se chama de "desinformação", que inclui não só as informações mentirosas, como outras formas de manipulação de dados. Enquanto a primeira é mais facilmente identificável, a segunda é mais sutil, uma vez que pode se valer de dados concretos, cuja publicação é distorcida ou descontextualizada.

DEBATE SOBRE O TEXTO

Perguntas disparadoras:

-Vocês conseguem enxergar algum tipo de comunicação popular no seu território? Quais?

- Vocês conseguem listar ou lembrar de alguma notícia que vocês julgam ser falsa que chegou até o território de vocês?

Trabalho coletivo ou em grupo:

Transformar uma notícia **VERDADEIRA** em **FAKE NEWS.**

METODOLOGIA DA TEMÁTICA:

A) Como problematizar as informações que nos chegam?

Informação de Saúde	**Como comunicar dentro dos territórios?**
ESCREVER AQUI INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA FORMA DIRETA	A IDEIA É QUE AS TURMAS TRANSFORMEM A INFORMAÇÃO PARA UMA COMUNICAÇÃO POPULAR

MÃO NA MASSA:

A partir da temática escolhida pela turma, vamos criar estratégias de comunicação popular que dialoguem com seu território.

TEXTO 8.1
MUDANÇAS CLIMÁTICAS E DESASTRES AMBIENTAIS

ANA CAROLINA PIRES PEREIRA

CAROLINA DE TOLEDO BRAGA
Centro de Desenvolvimento Sustentável – Universidade de Brasília

Quando falamos em “desastres ambientais”, qual a primeira imagem que vem na sua cabeça? A depender do território onde cada pessoa mora, as ideias e imagens de “desastres ambientais” serão diferentes. Para algumas, cheia do rio, deslizamento de barreiras ou petróleo contaminando a maré podem ser uma realidade. Para outras, a seca, o desmatamento das áreas nativas e os incêndios florestais são mais comuns. Isso porque existem vários tipos de desastres ambientais e nem todas as pessoas são afetadas da mesma forma por eles.

É importante a gente entender os chamados desastres ambientais para poder prevenir e recuperar-se após passar por um deles. Vale dizer que eles não nascem de forma sobrenatural, nem são vingança ou castigo divino, ou da natureza, contra os seres humanos.

Os **desastres ambientais** são diferentes dos **fenômenos naturais**. Os fenômenos são previsíveis e podem ser alertados pelos cientistas e pela Defesa Civil. Alguns exemplos são as chuvas violentas, tecnicamente chamadas de chuvas torrenciais, ou a baixa umidade do ar em determinada época do ano. Já um desastre ambiental vem depois de um fenômeno natural

perigoso (como um furacão ou um maremoto) somado ao fato de as pessoas viverem em condições de vulnerabilidade social e física, com moradias em lugar de risco, baixos salários, solo instável, insegurança alimentar… A **falta de condições socioeconômicas** na qual grupos de pessoas vivem (como a escassez de comida, água, educação, acesso aos equipamentos de saúde, à cultura e ao lazer, segregação e desigualdade social etc.) pode fazer com que as pessoas habitem locais que não são seguros – seja por conta da necessidade extrema, seja por não saberem os riscos de morar ali. Então, a natureza por si não é hostil, os riscos de desastres são provocados pelo fato de algumas pessoas estarem vivendo em condições vulneráveis e, por isso, estarem expostas a seus efeitos mais perigosos.

Todos nós temos percebido que os desastres ambientais estão cada vez mais frequentes e cada vez com efeitos mais extremos, perigosos e devastadores. A recorrência desses desastres é fruto da falta de investimentos em pesquisas, legislações e ações governamentais, como políticas públicas de prevenção e combate à poluição e ao desmatamento, por exemplo. Além disso, a falta de políticas para moradia digna, saneamento básico e segurança energética também intensifica o efeito devastador dos desastres ambientais. Outro fator que está ligado ao aumento dos desastres ambientais são as chamadas mudanças climáticas. Exemplos recentes desses desastres são a grande seca de 2023 na Amazônia, que dificultou o deslocamento das populações ribeirinhas, o transporte de água, alimento e outros suprimentos essenciais, bem como teve um registro histórico de mortandade de botos e peixes. Mais recentemente, nas inundações no Rio Grande do Sul (RS), milhares de pessoas foram expulsas de suas casas e outras centenas estão desaparecidas ou mortas. Estes grandes desastres ambientais acabam devastando toda a biodiversidade local, matando animais, plantas e microorganismos dos quais dependem o equilíbrio da natureza. Com as recentes enchentes no RS, por exemplo, além da perda de biodiversidade local, muitas(os) agricultoras/es perderam parte da sua plantação anual e o estado de alagamento do solo impossibilita a plantação para o próximo ano. Muitos animais acabaram mortos ou perdidos.

FALAR EM VULNERABILIDADE E EM RISCO AMBIENTAL É A MESMA COISA?

Embora os conceitos de “vulnerabilidade” e “risco” estejam associados, eles não são a mesma coisa. Quando falamos de risco ambiental, precisamos considerar que ele resulta do agravamento dos riscos naturais (exemplo: enchentes e terremotos) pela atividade humana, em especial, pela ocupação do território. Entendemos, com isso, que não é por acaso que escutamos que áreas de encostas ou áreas próximas a rios que inundam estão em regiões de risco. A vulnerabilidade, por sua vez, está associada à exposição diferenciada aos riscos e a chance de um grupo ser afetado negativamente por desastres ambientais. Retomando o caso das áreas próximas a rios que inundam, isso significa

dizer que está mais vulnerável a sofrer um alagamento uma família que mora na margem desse rio do que uma família que mora distante dessa margem.

O QUE SÃO MUDANÇAS CLIMÁTICAS?

O nosso planeta Terra, desde antes da existência de seres humanos, já passou por muitos séculos alternados de frio e calor intensos. Aliás, a vida humana na Terra só é possível pelo fenômeno natural chamado efeito estufa, isto é, pela retenção de calor mediante a presença de gases de efeito estufa na atmosfera – caso não houvesse essa retenção, a temperatura na Terra seria de 18ºC negativos, impossibilitando a vida humana e de diversas outras espécies.

No entanto, atualmente, nós estamos passando por um momento de aquecimento anormal do planeta, conhecido como **aquecimento global**, que está sendo acentuado pelo aumento de gases de efeito estufa, em especial de uma substância química chamada de gás carbônico (CO2), no ar que a gente respira. Esse gás é liberado pela chaminé das indústrias, pelo escapamento dos carros e aviões, pela mineração de carvão e combustíveis fósseis, pela forma mecanizada de agricultura usada pelo agronegócio, entre outras atividades humanas. Com o aumento do consumo de energia no mundo todo, de automóveis, da pecuária extensiva, da produção de produtos industrializados, cada vez mais a atmosfera do nosso planeta está cheia desse e de outros gases que geram mais calor e, consequentemente, geram desequilíbrios ambientais.

As alterações a longo prazo nas características do clima recebem o nome de mudanças climáticas e alguns de seus impactos são o aumento da temperatura do ar e dos oceanos, o derretimento de geleiras e a elevação do nível do mar. As temperaturas mais elevadas, por exemplo, produzem mais acidez na água, sendo uma grave ameaça para a vida marinha e para as populações que vivem da pesca e dos mariscos. Outro problema trazido pelo aquecimento é o maior risco de secas em algumas partes e de chuvas torrenciais em outras.

POR QUE AS PESSOAS SÃO AFETADAS PELOS DESASTRES AMBIENTAIS E PELAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS DE FORMA DIFERENTE?

Os desastres ambientais e as mudanças climáticas não afetam todas as pessoas da mesma forma. Como vimos anteriormente, a exposição aos desastres ambientais depende de diversos fatores, incluindo as desigualdades sociais e as condições de vulnerabilidade (e isso não é uma coincidência!). Então, para chamar atenção ao fato de que uma parte marginalizada e historicamente invisibilizada da população sofre mais com os impactos ambientais, utilizamos o termo “racismo ambiental”.

RACISMO AMBIENTAL: OS DESASTRES AMBIENTAIS AFETAM, PRINCIPALMENTE, PESSOAS NEGRAS, POVOS ORIGINÁRIOS E POBRES.

No Brasil, o racismo ambiental ilustra o grande impacto na população que vive em favelas e periferias urbanas, onde a qualidade de vida e a saúde dessas populações é determinada pela falta de serviços básicos (água potável, saneamento básico, estrutura urbana, condições dignas de moradia, entre outros), e em comunidades indígenas e tradicionais, que têm diversos direitos, como o direito ao território, negados. Outro fator de determinação da saúde dessas populações são as relações sociais e econômicas nas quais estão inseridas. Com isso, podemos dizer que o racismo ambiental também evidencia a falta de políticas públicas que impeçam a propagação da discriminação e a manutenção das exclusões e do racismo estrutural na sociedade brasileira.

Após entender o que é racismo ambiental, é normal que a gente se questione como combatê-lo. Para isso, precisamos garantir a inclusão das comunidades afetadas nas discussões e nas decisões ligadas ao meio ambiente e ao direito à saúde.

COMO PODEMOS AGIR EM FACE DOS DESASTRES AMBIENTAIS?

Moradia digna, acesso à terra, aos equipamentos públicos de saúde, ao saneamento básico, a estrutura de limpeza, iluminação e transporte públicos, por exemplo, são direitos de todos os cidadãos brasileiros. Ninguém deveria precisar morar em locais de risco e em condição de vulnerabilidade aos desastres ambientais. Para isso, precisamos cobrar dos nossos governantes o investimento de recursos para prevenção de desastres e a criação de políticas públicas para monitorar, prevenir e recuperar tanto as áreas degradadas, quanto os locais com maior risco de serem afetados pelas mudanças climáticas. Para isso, nós devemos nos organizar nas nossas comunidades, ocupar os espaços de participação e controle social e pautar as nossas demandas.

Que tal começar inserindo no Mapa Falante do seu território os locais de maior risco? Depois de localizarmos esses locais teremos como indicar onde ficam, sugerir e cobrar políticas públicas específicas para a nossa comunidade.

O QUE NÓS PODEMOS COBRAR DO GOVERNO?

Quando a nossa comunidade está organizada, nós temos mais forças de cobrar ações de intervenção do governo nos nossos territórios. Aqui vão algumas ações que podemos cobrar:

• Monitoramento de áreas de risco e vulnerabilidade para a retirada da população residente nestes locais antes da ocorrência dos desastres ambientais;

• Investimentos em infraestrutura de saneamento básico e água potável em comunidades marginalizadas;

• Regulação mais rigorosa de empresas que causam danos ambientais, incluindo multas e outras penalidades;

• Participação e consulta das comunidades afetadas nas decisões relacionadas a projetos de infraestrutura e desenvolvimento;

• Políticas públicas que promovam a igualdade socioambiental, como a distribuição justa de recursos e serviços ambientais;

• Promoção de iniciativas educacionais e culturais que incentivem a diversidade e o respeito às diferentes culturas e tradições;

• Obras de melhorias de infraestrutura urbana, como pavimentação de ruas, recuperação da vegetação nas margens dos rios e implantação de drenagem de águas das chuvas para aumentar a velocidade de escoamento das águas para fora das áreas de inundação;

• Implantação do sistema de alerta para chuvas perigosas, para que os moradores possam ser removidos temporariamente do local com antecedência;

• Implantação de pluviômetros e marcadores do nível de água dos rios em diversos pontos do município, para auxiliar no alerta de cheias e secas.

Fonte: Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais e Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antônio Ivo de Carvalho.

Agora que você já sabe o que pode cobrar, que tal se organizar no seu coletivo, associação de bairro ou movimento popular para demandar medidas de prevenção aos desastres ambientais na sua comunidade?

TEXTO 8.2
DESASTRES PROVOCADOS POR CHUVAS INTENSAS

DULCE FÁTIMA CERUTTI
Ministério da Saúde

Se você sabe que mora em uma área de risco de alagamentos, enchentes, enxurradas, deslizamentos ou outro evento climático, você e sua família podem se preparar para enfrentar esse período e evitar transtornos e estresses muito grandes. Se você não sabe se a sua rua, bairro ou município já teve algum desses episódios, procure se informar com um idoso que more no local há muitos anos. Ele vai ter na memória se algum episódio aconteceu recentemente ou há décadas. Ele vai saber dizer até onde a água chegou. Você também pode se informar com a Defesa Civil do seu município ou até mesmo com a Unidade Básica de Saúde.

Informe-se, também, sobre programas governamentais de incentivo à realocação para áreas seguras.

Algumas **ações** são importantes para a família levar em conta no período de normalidade (quando o tempo está bom e o sol brilha lá fora):

• Documentos pessoais que não são levados na carteira ou na bolsa no dia a dia, como certidões de nascimento, certidão de casamento, carteira de trabalho, título de eleitor, cartão de vacina etc. Tenha sempre uma cópia virtual dos documentos salva no seu computador ou celular.

• Documentos patrimoniais, como contrato de aluguel, contrato de compra e venda do imóvel, escritura, nota fiscal da compra do carro, da moto etc.

• Fotografias: as fotos impressas podem ser levadas para um local seguro antes de as águas da chuva chegarem à sua casa. Faça cópias virtuais das fotografias impressas. Salve todas as fotografias virtuais “na nuvem”.

• Se possível, deixe sempre os documentos guardados em uma mochila; isso vai facilitar na hora de abandonar a casa, pois deixa suas mãos livres para carregar crianças, pets ou outros itens.

• Se a sua casa se situa em um morro, não plante árvores de raízes curtas.

• Não jogue troncos, móveis, materiais e lixo nos rios e córregos, pois esses objetos impedem o curso fluvial, provocando alagamentos.

• Evite acúmulo de resíduos de árvores e outros entulhos no quintal para não atrair animais nocivos à saúde como mosquitos, baratas, aranhas e escorpiões.

• Quando receber alertas de chuva intensa, retire os aparelhos eletrônicos das tomadas, feche as entradas de gás e os registros de água e recolha os animais.

Caso tenha de sair da sua moradia, esteja preparado para ter de abandoná-la temporariamente e ir para um abrigo. Informe-se sobre os locais de abrigo ou converse com familiares ou amigos que possam acolhê-los nesta hora.

Converse com a sua família sobre os riscos que estão expostos. Combine locais de encontro, caso tenham de evacuar a casa. Tenha cuidado ainda maior caso na sua família exista pessoas idosas, com deficiência, crianças, adolescentes. Essas pessoas são as mais vulneráveis nessas situações.

CUIDADOS PREVENTIVOS EM SAÚDE

• Guarde todos os medicamentos e insumos (seringas, termômetros...) em um lugar seguro. Se alguém da sua família fizer uso de algum medicamento de uso contínuo, mantenha-o em um lugar de fácil acesso, caso tenha que sair de casa às pressas. Lembre-se de levar também a receita médica.

• Mantenha sempre em dia o calendário de vacinação.

DOENÇAS E AGRAVOS QUE PODEM SURGIR DURANTE OU APÓS UMA ENCHENTE E QUE PODEM SER PREVENIDAS COM VACINA

• Diarréia por rotavirus
• Influenza
• Meningite
• Rubéola
• Tétano acidental
• O contato com a água contaminada com urina do rato pode causar leptospirose.

CUIDADOS COM O PET

Providencie uma identificação para o seu animalzinho de estimação e o contato do tutor, caso ele se perca durante uma evacuação. Providencie uma guia ou uma caixa para transportar seu animalzinho pois ele sofrerá algumas restrições em situações mais tensas. Se a sua família tiver que ir para um abrigo, não deixe seus pets em casa. Eles podem se perder ou não sobreviver durante a ausência da família. Mantenha as vacinas dos cães e gatos em dia.

DURANTE UMA EMERGÊNCIA, TOME OS SEGUINTES CUIDADOS:

• Evite andar na água da enchente, ela pode esconder buracos e provocar quedas, arrastar pessoas (nos casos de enxurrada);

• Consuma água potável;

• Consuma alimentos seguros. Não consuma alimentos que tiveram contato com a água da enchente nem prepare refeições com água contaminada;

• Mantenha sempre janelas abertas e o local bem ventilado e limpo; isso pode prevenir doenças como meningite, influenza, tuberculose e difteria;

•- Pessoas com febre devem ser encaminhadas para a assistência;

• Para não contrair leptospirose, proteja os pés e pernas com botas ou sacos plásticos até acima da água;

• A limpeza da casa após uma enchente demanda cuidados especiais, como certificar-se de que animais como cobras e aranhas não se alojaram na casa.

NA VOLTA PRA CASA:

• Use sapatos fechados e luvas se for manusear entulhos. Isso evita acidentes que possam resultar em tétano, leptospirose, picadas de animais peçonhentos;

• Não use equipamentos elétricos que tenham sido molhados ou em locais inundados, pois há risco de choque elétrico e curto-circuito;

• Verifique com atenção se não há animais peçonhentos escondidos dentro de casa.

Lembre-se: estar preparado para enfrentar essas situações vai diminuir a ansiedade e ter um impacto menor sobre a sua saúde mental e de seus familiares.

TEXTO 9.1
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

JOSÉ VANILSON TORRES DA SILVA
Conselho Nacional de Saúde (CNS),
Movimento Nacional População de Rua (MNPR)

LUCIANA MARIA PEREIRA DE SOUSA
Coordenação do Acesso e Equidade (Caeq)

Nos tratam enquanto drogaditas e dizem que é pátria acolhedora
Saibam que quem está nas ruas somos nós classe trabalhadora
Chega de violência, aporofobia, descaso, violação e opressão não somos seres descartáveis
Somos filhas e filhos da nação.
(Vanilson Torres)

José era um menino que diariamente assistia às cenas de violência de seu pai contra a sua mãe. Quando ela morreu, José se tornou a vítima das agressões de seu pai e sua madrasta. Cansado de ser violentado, aos 12 anos, viu as ruas como alternativa para diminuir o sofrimento que vivia em casa. Dos 13 aos 18 anos, ficou acolhido nos serviços do sistema socioeducativo. Com a maioridade, recebeu a informação de que o estado não teria mais responsabilidade em

continuar a acolhê-lo e precisou voltar para as ruas. Foram 27 anos em situação de rua que mostraram para José violências que ele ainda não conhecia – a maior delas, a do Estado.

A falta de políticas estruturais para a saída da situação de rua, a invisibilidade e a rejeição da sociedade impossibilitavam-no de sair daquela situação. O movimento social foi a luz no fim do túnel para sair daquele contexto e lutar pelos direitos da população em situação de rua. José entrou nas fileiras do Movimento Nacional População de Rua (MNPR) em 2012. Na luta por direitos, conheceu Maria de Fátima em 2014, que lhe perguntou se queria viver/morar com ela. Os dois foram morar num quartinho no fundo do quintal da casa da mãe dela porque não tiveram acesso a políticas ou programas de moradia. A atitude de Maria foi distinta – faltam atitudes deste tipo em parte da sociedade, nas gestões, no Estado –: agir com confiança e compromisso, sem olhar para as vestes, não ter preconceitos e achismos.

A história de José não é um caso isolado. Na ausência de um censo nacional que inclua essa população, a estimativa do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea), de 2022, revela que existem, no mínimo, 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil. Um aumento de 211% comparado ao estimado uma década atrás. Destaca-se que esse número tem como referência a base do Cadastro Único (CadÚnico), informação alimentada pelo Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Os movimentos sociais chamam a atenção que há pessoas em situação de rua que não estão na base do CadÚnico, portanto esse número ainda representa um quantitativo inferior à realidade do país.

Por que ainda falamos em invisibilidade? Quem não vê a população em situação de rua? Por que a sociedade tem uma concepção preconceituosa e excludente a respeito desta população?

O que pensamos quando uma pessoa em situação de rua pede ajuda? Quais comentários surgem por parte das pessoas quando são abordadas?

O racismo estrutural, as desigualdades sociais e raciais, a ausência de censo nacional que forneça informações-base para o planejamento e avaliação das ações das políticas públicas, a aporofobia (aversão aos pobres), o preconceito, a discriminação racial, a LGBTQIA+fobia, a violência, a fome, a ausência de moradia e o desemprego são alguns dos graves problemas que violam os direitos fundamentais e causam danos para a saúde e para a vida da população em situação de rua.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, através do Decreto Presidencial n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009, define:

> população em situação de rua [é] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009).

Somado a este conceito, para se referir a crianças e adolescentes em situação de rua, a Resolução do Conselho Nacional de Direitos Humanos n.º 40, de 13 de outubro de 2020, considera:

> os sujeitos em desenvolvimento com direitos violados, que utilizam logradouros públicos e/ou áreas degradadas como espaço de moradia ou sobrevivência, de forma permanente e/ou intermitente, em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social pelo rompimento ou fragilidade do cuidado e dos vínculos familiares e comunitários, prioritariamente em situação de pobreza e/ou pobreza extrema, com dificuldade de acesso e/ou permanência nas políticas públicas, sendo caracterizados por sua heterogeneidade, como gênero, orientação sexual, identidade de gênero, diversidade étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade, de posição política, deficiência, entre outros (Brasil, 2020).

São pautas de luta da população em situação de rua o antirracismo, o anticolonialismo, o feminismo, a defesa da natureza, a efetivação dos direitos à vida, à moradia, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, ao trabalho e à renda, o respeito à diversidade e dignidade humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a adequação do acolhimento institucional e cuidado em liberdade sem haver institucionalizações que violem direitos, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, a atenção especial às pessoas com deficiência.

Na saúde, destacamos conquistas em resposta às demandas apresentadas pelos movimentos sociais da população em situação de rua. O Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua é uma dessas conquistas que visa propor ações para garantir o acesso da população em situação de rua à atenção à saúde e aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); subsidiar a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua; e articular e monitorar a implementação de ações decorrentes de reivindicações pactuadas entre o ministério e os movimentos sociais organizados em prol da população em situação de rua (Brasil, 2024).

A garantia do direito à saúde da população em situação de rua é responsabilidade de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), todas as equipes, serviços e seus diferentes níveis de atenção à saúde no SUS. Na perspectiva da equidade e redução das barreiras de acesso, as equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instituídas em 2011, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), compostas por trabalhadoras/es da saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (Brasil, 2017). Para o fortalecimento do cuidado a esta população,

o Programa Mais Médicos destina vagas para equipes de Consultório na Rua, com intuito de assegurar o atendimento médico para a população em situação de rua em todas as regiões do país.

A Educação Popular em Saúde é a base para a formação de trabalhadoras/es que atuam no cuidado às pessoas em situação de rua em todas as regiões do país, com intencionalidade de promover a qualificação das práticas, da abordagem territorial, do impulsionamento de redes colaborativas e da comunicação no cuidado à saúde.

Para garantia de direitos, a prevenção à situação de rua e a superação da situação de rua, é necessário um conjunto de políticas públicas antirracistas, estruturantes e integradas, com a centralidade da participação social, da superação da fome e da pobreza, na efetivação de moradia, trabalho e renda dignos, no acesso aos serviços públicos de saúde, habitação, educação, assistência social, soberania e segurança alimentar e nutricional em defesa da vida e do bem viver.

MOMENTO LEITURA

TEXTO 9.2

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A GARANTIA DE DIREITOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Ministério do Desenvolvimento e
Assistência Social, Família e Combate à Fome

AGORA QUE JÁ CONHECEMOS O SUS, VAMOS ENTENDER TAMBÉM O SUAS?

No nosso país, a assistência social é construída como um sistema, chamado de Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Você já ouviu falar na Política de Assistência Social? Essa política pública foi regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 1993. É por meio dela que fica estabelecido o dever do Estado de garantir o direito à proteção social às famílias e indivíduos que se encontrem em situações de vulnerabilidade e risco social.

O QUE É O SUAS?

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) garante proteção social a qualquer pessoa que dele necessitar, para a prevenção e enfrentamento de situações de vulnerabilidade e risco social decorrentes:

• da pobreza;

• da dificuldade ou falta de acesso às políticas públicas;

• da fragilização ou rompimento de vínculos familiares, comunitários e de pertencimento social, por conta de discriminação etária, racial, étnica, de gênero, por orientação sexual, por deficiência, dentre outras; de dependência de cuidados; de uso abusivo de álcool e outras drogas;

• de violação de direitos como abandono, situação de rua, trabalho infantil, diversos tipos de violência (física, psicológica, sexual, entre outras), cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto, trabalho escravo e tráfico de pessoas;

• de emergências, calamidades e desastres;

• dentre outras.

Ele oferta serviços, benefícios, programas, projetos, cadastramento no Cadastro Único e acesso ao Programa Bolsa Família. O atendimento é feito por trabalhadoras/es do SUAS, principalmente assistentes sociais, psicólogos e educadores sociais, mas também podem ser de outras áreas.

Esse atendimento, chamado de trabalho social ou socioassistencial, envolve acolhida da demanda; estudo social das condições de vida; escuta qualificada; construção de vínculo; acompanhamento individual e familiar; desenvolvimento da convivência familiar e comunitária; diagnóstico e conhecimento do território; atividades em grupos, coletivas e comunitárias; campanhas socioeducativas; visita domiciliar; informação, comunicação e defesa de direitos; busca ativa; encaminhamentos para outras políticas públicas, sistema de justiça e garantia de direitos ou outras áreas; dentre outras ações.

QUEM PODE USAR O SUAS?

As usuárias e os usuários do SUAS são pessoas diversas em sua origem, idade, cor, raça, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, religião, nacionalidade, que compõem a sociedade brasileira como sujeitos de direitos e que se encontram em situações de desproteção social.

Qualquer pessoa, seja refugiada/o, imigrante, indígena, quilombola, cigana/o, população urbana, do campo, floresta e água, comunidades tradicionais ou membros de outros povos, tem direito à assistência social. As/Os beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família fazem parte do público prioritário da assistência social.

COMO E ONDE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL É OFERTADA?

A política de assistência social conta com diferentes espaços e serviços de atendimento para atender a/o usuária/o conforme sua demanda e necessidade. Essas ofertas são divididas de acordo com a complexidade das situações: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

Veja a seguir as unidades do SUAS por nível de complexidade:

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

• Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – É a principal unidade do SUAS, considerada a porta de entrada da Assistência Social nos municípios para a população em situação de vulnerabilidade social ter acesso a serviços, programas, projetos e benefícios ofertados pela política. É voltado para todos os membros da família.

• Centro de Convivência – É uma unidade que oferta um serviço voltado para a convivência e fortalecimento de vínculos. Esse serviço é complementar ao trabalho social do CRAS e organizado por grupos de faixas etárias.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

• Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) – É uma unidade especializada para atender as famílias e pessoas em situação de risco social e violação de direitos. É voltado para todos os membros da família.

• Centro-Dia – É uma unidade especializada em atender pessoas com deficiência e idosas com dependência de cuidados. O serviço para pessoas com deficiência é organizado por faixa etária.

• Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) – É uma unidade especializada para atender a população em situação de rua. É voltado para adultos, sendo que atende crianças e adolescentes acompanhadas dos responsáveis.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

• Unidades de Acolhimento (Abrigo Institucional, Casa de Passagem, Casa-Lar, Residência Inclusiva, República, Alojamento provisório) – São unidades especializadas que funcionam como moradias provisórias para pessoas que precisaram sair de casa por ocorrência de violação de direitos e rompimento de vínculos, por serem despejadas, por ficarem desabrigadas ou por não possuírem moradia. São organizados por faixa etária ou situação na qual a pessoa atendida se encontre, como mulheres vítimas de violência, pessoas em situação de rua e pessoas idosas.

Essas unidades podem ofertar vários serviços do SUAS, que estão tipificados na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Você pode conhecer os detalhes dos serviços aqui: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao(a)ssistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf

COMO É A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL?

A participação e o controle social na política de assistência social podem ocorrer de diferentes formas. Os mais importantes são os conselhos e as conferências de assistência social, no âmbito municipal, estadual, do distrito federal e nacional.

Podem participar desses espaços os sujeitos envolvidos na política de assistência social: usuários, representantes de usuários ou de organizações de usuários, entidades e organizações de assistência social e trabalhadores do setor, assim como a sociedade em geral interessada.

ORGANIZAÇÕES DE USUÁRIAS(OS) DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Qualquer pessoa que utilize os serviços ou receba benefícios da política de assistência social pode criar ou fazer parte de organizações, associações, movimentos sociais, fóruns, conselhos locais de usuários ou outras organizações que tenham entre seus objetivos a defesa de usuárias(os) do SUAS. Essas manifestações coletivas e organizações de usuárias(os) também podem eleger representantes para participar de órgãos de controle social, como os conselhos.

Saiba que:

I - Todos as(os) usuárias(os) podem participar dos espaços de participação social nos serviços socioassistenciais e nas instâncias formais de gestão do SUAS, como os conselhos (municipais, estaduais, distrito federal, nacional);

II – Os Conselhos de Assistência Social têm o dever de promover programas de formação para usuárias/aos e lideranças comunitárias e de movimento sociais;

III – Os Conselhos de Assistência Social devem realizar fóruns, seminários, audiências, rodas de conversas e eventos em que as(os) usuárias(os) possam apresentar suas ideias, reflexões, debates, reivindicações e soluções junto a/aos representantes ou organizações de usuárias(os).

VAMOS REFLETIR?

Para finalizar, vamos fazer uma roda de conversa e discutir o que aprendemos.
1) Alguém aqui é usuária/o da política de assistência social?

2) Alguém é ou já foi conselheira/o da política de assistência social?

3) A política de assistência social é debatida nos movimentos dos quais faz parte?

4) Como podemos ampliar o conhecimento sobre o SUAS e estar mais presentes no acompanhamento e controle social da política de assistência social?

• Para saber mais sobre a assistência social acesse o blog da Rede SUAS https://blog.mds.gov.br/redesuas/ onde poderá encontrar orientações e normativos sobre a política e o blog do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS https://www.blogcnas.com/ com orientações sobre a participação e controle social no SUAS.

• Acesse também o canal da Rede SUAS no youtube: https://www.youtube.com/@ComunicaSUAS.

MOMENTO LEITURA

TEXTO 10

SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

ALEXSANDRO DE MELO LAURINDO
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Ministério da Saúde

PRISCYLLA ALVES NASCIMENTO DE FREITAS
Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde

Queremos apenas que parem de nos olhar de cima para baixo,
que nos respeitem como iguais que somos
e que permitam que nossas crianças e nossos afins
tenham oportunidades de acesso à justiça,
à educação, à saúde e a uma vida digna,
tal como qualquer outro

Maria das Graças Epifânio da Silva
liderança quilombola
Nossa eterna "Graça" (in memoriam)

O Brasil é um país cuja mancha urbana corresponde a apenas 0,4% do território nacional. Desde o período colonial, passando por sua formação enquanto sociedade, o país possui como principal atividade econômica a monocultura de exportação. Dentro desse contexto, os povos dos campos, das florestas e das águas são os povos que têm seu modo de vida diretamente relacionado com a natureza.

Habitam todos os biomas brasileiros, de modo que seus territórios se constituem como muito mais do que o espaço físico em que vivem. Para definir os povos dos campos, das florestas e das águas é necessário compreender a noção de territorialidade como o sentimento de pertença e a identidade com um modo de vida ancestral e atual, que existe e resiste diariamente.

Esses povos mantêm um modo de vida original dos povos que aqui viviam antes da invasão portuguesa, misturando suas práticas com as dos povos que vieram forçados do continente africano trazendo suas práticas tradicionais e tecnologias sociais. São povos que, mesmo em meio às múltiplas territorialidades com que convivem e internalizam, reivindicam suas tradições ligadas à terra, às águas, aos céus e ventos, e que se expressam de forma material na produção do alimento saudável, nutritivo e socioecológico.

Por manifestarem múltiplas territorialidades, não podem ser reduzidos ao espaço físico em que habitam, ou a sua atividade econômica desempenhada. Compreendendo o avanço do desenvolvimento econômico da sociedade e também seu modo de produção, os povos dos campos, florestas e águas são os agricultores, pescadores e pequenos extrativistas, mas são também trabalhadores assalariados, profissionais de saúde, e até prestadores de serviços por vezes em trabalhos nas áreas da construção civil, transporte público, trabalho doméstico, e do comércio em geral.

Esse processo se dá, em primeiro lugar, por serem povos extremamente diversos e viverem em comunidades com uma divisão social do trabalho que se fundamenta no núcleo familiar, onde o trabalho ligado à natureza pode ser para subsistência e/ou rendimento econômico. Em segundo lugar, esse processo ocorre pela falta de perspectiva das juventudes em permanecerem nos seus territórios, seja atuando no trabalho diretamente ligado à natureza, seja contribuindo com o acesso a direitos sociais como saúde e educação. Portanto, isto ocorre por conta do avanço da exploração do bem comum, economicamente nomeado de recurso natural (seja pelo alastramento da fronteira agrícola da monocultura agropecuária, da mineração, da pesca industrial, do redirecionamento das águas para energia e abastecimento de grandes cidades, seja pelo acelerado agravamento da crise climática), que historicamente promove o êxodo rural e consequente formação das favelas nas periferias dos grandes centros urbanos, levando esses povos a migrarem de espaço físico e até de atividade econômica.

Por isso, o Brasil possui uma grande dívida histórica com a sua população do Campo, da Floresta e das Águas. Dívida que atravessa as diversas políticas que buscam garantir os direitos básicos relacionados à distribuição de terra, moradia, educação, alimentação, saúde, lazer e trabalho para essas populações. Ao falarmos de saúde pública, os vazios assistenciais, as extensões territoriais e dificuldade de acesso à serviços e processos de cuidado em saúde são indicadores primários para compreendermos as necessidades e diferenças entre o modelo de saúde na cidade e no campo, bem como apontar estratégias de fomento a equidade nesses territórios que sempre foram colocados num lugar de marginalização social dentro da conformação estrutural do povo brasileiro.

QUEM SÃO ESSES POVOS, COMUNIDADES E TERRITÓRIOS?

São considerados populações e territórios do campo, da floresta e das águas: população camponesa; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades quilombolas; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens, comunidades pesqueiras; outras comunidades tradicionais; dentre outros (Portaria 2.311, 2014).

A Política de Saúde dos povos do Campo, das florestas e das Águas inova no que diz respeito às políticas públicas ao trazer o conceito de populações do campo, da floresta e das águas buscando acolher tanto os povos camponeses do Brasil, quanto os povos e comunidades tradicionais, entendendo que este é o conjunto de populações que tem seu modo de vida ligado à natureza no país, elaborando uma proposta de cuidado integral a este segmento populacional.

Estas populações possuem inúmeras dificuldades no acesso e na garantia de diretos à saúde e educação. Possuem também os maiores índices de violência por estarem inseridas cotidianamente em disputas territoriais. Os impactos e desastres ambientais têm afetado diretamente a biodiversidade desses territórios, assim como o modo de vida dessas populações. Em se tratando da crise climática, as populações mais prejudicadas são as populações do campo, da floresta e das águas. As altas temperaturas, incêndios e secas inviabilizam a produção de alimentos e o trabalho. As cheias trazem poluentes dos lençóis freáticos que contaminam as águas e aumentam doenças como leptospirose, dengue, infecções por fungos e bactérias. O racismo ambiental segue estruturando a vida desses povos, repercutindo negativamente na saúde e criando barreiras de acesso aos serviços e políticas públicas.

Compreendendo os tantos biomas existentes no Brasil, é urgente repensar o modelo de saúde e de proteção desses territórios, afinal bem sabemos que a saúde da cidade é diferente da saúde do campo, da floresta e das águas e precisa ser feita de modo que leve em consideração as especificidades.

PORQUE PRECISAMOS GARANTIR OS DIREITOS E PERMANÊNCIA DO POVO NO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS?

A partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), novas políticas públicas foram priorizadas a fim de reduzir as barreiras de acesso à população brasileira, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), que reforça os princípios e diretrizes do SUS, como a descentralização, a integralidade e a participação. Para as populações do campo, floresta e águas, no entanto, foi necessário elaborar uma política específica para romper a invisibilidade dessas populações, assim como as formas singulares em que produzem sua saúde e o bem viver.

Contamos ainda com o Decreto n.º 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, e do Decreto 8.750, de 9 de maio de 2016, que institui o Conselho Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais, reconhecendo 28 povos protegidos internacionalmente pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), dos quais sua quase totalidade pertencente ao campo, à floresta e às águas.

Assim, a **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas** (PNSIPCFA) vigente através da Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, surge a partir das diversas pautas e luta constante de movimentos sociais na busca pela reparação histórica, garantia do direito à saúde e acesso aos serviços de saúde junto ao Ministério da Saúde. Um dos resultados foi a criação de um grupo de trabalho permanente e deliberativo, chamado **Grupo da Terra**, que se caracteriza enquanto um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal para debater sobre as condições de saúde-doença-cuidado das populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA). Os debates resultaram na elaboração de uma política nacional de saúde na perspectiva de contribuir na redução das iniquidades em saúde, a mesma foi apresentada e aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2008 e publicada em 2011.

A PNSIPCFA está estruturada em cinco eixos que foram revisados e publicados no II Plano Operativo (2017-2019):

I. Acesso das populações do Campo, da Floresta e das Águas à Atenção Integral à Saúde;

II. Promoção e Vigilância em Saúde;

III. Educação Permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação;

IV. Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social;

V. Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas (BRASIL, 2013).

VAMOS CONVERSAR SOBRE ESTE ASSUNTO?

Seu estado, seu município ou sua comunidade possuem ações de saúde específicas para as comunidades do campo, da floresta e das águas?

É preciso problematizar nos nossos territórios a existência e a necessidade da garantia dos direitos básicos à saúde por estarmos na constituição federal, por termos uma política de saúde específica e por lutarmos diariamente pela sobrevivência do nosso povo.

O que precisamos fazer para garantir o direito à saúde para o povo que vive no campo, na floresta e nas águas?

O posto de saúde tá chegando na comunidade?

O Agente comunitário de saúde tá passando na porta? e a Equipe multiprofissional?

Por que muitas vezes precisamos buscar atendimento na cidade já que no campo o serviço não chega?

Por que o cuidado com a cidade é diferente do cuidado com o campo, a floresta e as águas?

TEXTO II

A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO BRASIL: DEFINIÇÕES, DESAFIOS E ENTRAVES NO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA E A CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE SEM DISCRIMINAÇÃO.

ADRIANA LOHANNA DOS SANTOS

Educadora Popular, Graduada em Letras Português/ Inglês e Serviço Social pela Universidade Tiradentes. Jornalista Comunitária formada pelo PRONAGER, Transexual e Ativista do Movimento LGBTQIAPN+, Professora do Município de Lagarto/SE , Especialista em Coordenação Pedagógica, Especialista em Gênero e Sexualidade na Educação, Especialista em Sexologia, Mestre em Educação - PPGED/UFS

No contexto brasileiro, a saúde da população LGBTQIAPN+ é atravessada por uma série de desafios históricos e estruturais, que dificultam o acesso a um cuidado digno e integral. O Brasil possui o Sistema Único de Saúde (SUS), um

dos maiores e mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo, mas, para que este sistema funcione de forma equânime para a população LGBTQIAPN+, ainda há muitos obstáculos a serem superados como a LGBTFOBIA presente estruturalmente em nossa sociedade, e ineficiência das políticas públicas de saúde voltada para essa população.

Nesse sentido, para além de entender toda a diversidade que compões essa sigla, é importante debater como se dá o processo de exclusão dessa população, a relação de todos esse processo de violência com a saúde desse povo, o levantamento de estratégias de combate a LGTFOBIA no âmbito da educação popular e claro pensar políticas públicas de equidade no SUS que atendam essa população historicamente esquecida pelas políticas sociais.

A sigla LGBTQIAPN+ é um marco no reconhecimento das diversas identidades de gênero e orientações sexuais que compõem a nossa sociedade.

A SEGUIR, EXPLICO O QUE CADA LETRA SIGNIFICA:

LÉSBICA: Mulher, seja cis ou trans, que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por outras mulheres, sem a necessidade de experiências sexuais para se identificar dessa forma.

GAY: Homem cis ou trans que tem atração afetiva e/ou sexual por outros homens, sem precisar de experiências sexuais para se identificar como gay.

BISSEXUAL: Pessoa que se atrai por mais de um gênero, independentemente de ter vivido experiências sexuais com ambos.

TRAVESTI: Pessoa que constrói uma identidade feminina, diferente do sexo biológico, e se apresenta socialmente de forma permanente através dessa identidade.

TRANSEXUAL: Pessoa cuja identidade de gênero difere do sexo atribuído ao nascimento, podendo ou não buscar terapias hormonais ou cirurgias de afirmação de gênero.

QUEER: Termo usado por quem rejeita rótulos tradicionais de gênero e sexualidade, abrangendo uma vivência mais ampla e flexível.

INTERSEXO: Pessoas que nascem com características biológicas que não se enquadram nos padrões típicos de masculino ou feminino.

ASSEXUAL: Pessoas cuja atração sexual não é a primária, sendo outros tipos de atração (romântica, platônica, estética) as mais importantes.

PANSEXUAL: Pessoas que se atraem por outras, independentemente do gênero ou sexo, rejeitando a noção de gêneros fixos.

NÃO-BINÁRIE: Indivíduos que não se identificam exclusivamente como homem ou mulher, transitando entre diferentes formas de identidade e gênero.

+ : Inclui todas as outras identidades e orientações além das já mencionadas, reconhecendo a diversidade que existe para além da sigla LGBTQIAPN+.

DESAFIOS E ENTRAVES NA BUSCA PELA SAÚDE

Primeiramente, é preciso considerar que o preconceito, a discriminação e a violência são barreiras diárias enfrentadas por pessoas LGBTQIAPN+ ao procurarem serviços de saúde. Essa realidade, muitas vezes, se manifesta no próprio ambiente das unidades de saúde, onde os profissionais, em muitos casos, não estão preparados para lidar com a diversidade de identidades e demandas dessa população. A falta de capacitação adequada pode gerar um ambiente hostil, inibindo as pessoas LGBTQIAPN+ de buscarem cuidados preventivos e de tratamento.

Além disso, a saúde dessa população é frequentemente marcada por desigualdades no atendimento. Por exemplo, pessoas trans e travestis enfrentam entraves no processo de adequação de seus nomes sociais em prontuários e prescrições, algo que, apesar de previsto na legislação, nem sempre é respeitado. Outro problema frequente é a patologização das identidades trans, o que implica na dificuldade de acesso a tratamentos hormonais e cirurgias de afirmação de gênero de forma segura e respeitosa.

A população lésbica e bissexual também é invisibilizada em muitos programas de saúde, principalmente em relação aos cuidados preventivos, como o exame de Papanicolau e orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Muitas dessas mulheres relatam que seus médicos presumem erroneamente que, por terem relações afetivas com outras mulheres, não estão suscetíveis a doenças sexualmente transmissíveis, o que prejudica a qualidade do cuidado prestado.

Outro ponto crítico é a saúde mental da população LGBTQIAPN+, que apresenta índices mais elevados de depressão, ansiedade e ideação suicida, quando comparada com a população heterocisnormativa. Isso se dá, em grande parte, pela vivência constante de discriminação, exclusão e violência, tanto nos espaços públicos quanto privados. A escassez de serviços especializados e de profissionais capacitados para atender essas demandas também é um entrave importante, resultando em um vazio de apoio e cuidado especializado.

POLÍTICAS PÚBLICAS E CAMINHOS PARA A INCLUSÃO

A PORTARIA Nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo diretrizes para garantir acesso e atendimento de qualidade para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. No entanto, desafios persistem na implementação dessa política, como a falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades dessa população, o preconceito estrutural, e o acesso desigual a tratamentos, como a hormonioterapia e cirurgias de afirmação de gênero.

Apesar da criação de políticas públicas, barreiras ainda dificultam a efetivação plena dessa política, principalmente nas áreas de saúde mental e no respeito ao nome social de pessoas trans. As pessoas LGBTQIAPN+ também enfrentam desinformação, preconceito e a falta de preparo dos serviços de saúde, especialmente em regiões mais distantes ou com menos recursos.

Além disso, a invisibilidade de certos grupos, como pessoas bissexuais e assexuais, nas campanhas de prevenção e promoção da saúde pública, agrava a exclusão e o descuido dessas populações. Essas barreiras, aliadas ao estigma social, comprometem o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, tornando a integralidade da atenção ainda um objetivo a ser alcançado.

Para que o SUS se torne verdadeiramente inclusivo, é necessário garantir que as políticas sejam implementadas de forma efetiva em todo o Brasil, com a devida capacitação dos profissionais e a conscientização da sociedade sobre as necessidades e direitos da população LGBTQIAPN+, bem como um trabalho efetivo de conscientização
da população a cerca da necessidade de combater a LGBTFOBIA a partir do prisma da educação popular.

CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR NO ENFRENTAMENTO À LGBTFOBIA

A LGBTfobia, que abrange todas as formas de discriminação e violência dirigidas a indivíduos por sua orientação sexual ou identidade de gênero, é um fenômeno complexo que requer abordagens abrangentes e transformadoras para seu enfrentamento. Nesse contexto, a educação popular emerge como uma poderosa ferramenta de resistência e conscientização, alinhando-se aos princípios da pedagogia freiriana, que busca a construção de uma educação crítica, dialógica e libertadora.

Paulo Freire, educador brasileiro e referência mundial em educação crítica, defendia que a educação deveria ser um ato de amor e uma prática de liberdade. Para ele, a conscientização — processo de reflexão crítica sobre a realidade e suas contradições — é fundamental para a transformação social. A educação

popular, inspirada por essa pedagogia, busca promover um espaço de diálogo, onde as vozes da população, especialmente aquelas historicamente marginalizadas, possam ser ouvidas e valorizadas.
No enfrentamento da LGBTfobia, a educação popular se apresenta como uma estratégia eficaz para desconstruir preconceitos e estigmas. Por meio de atividades educativas que fomentam a reflexão crítica, os participantes podem questionar normas sociais e culturais que perpetuam a discriminação. Essa abordagem permite que a educação não seja vista apenas como um processo de transmissão de conhecimento, mas como um espaço de construção coletiva e conscientização.

FORMAS DE ATUAÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR

As práticas de educação popular podem assumir diversas formas, como oficinas, debates, teatros, rodas de conversa e grupos de apoio. Estas atividades promovem a troca de experiências e o fortalecimento da identidade, permitindo que indivíduos LGBT e seus aliados compartilhem vivências e enfrentem juntos as situações de opressão. O ato de contar histórias, por exemplo, é uma forma poderosa de dar voz e visibilidade a narrativas que muitas vezes são silenciadas.

Além disso, a educação popular pode contribuir para a formação de redes de apoio e solidariedade, fundamentais para o fortalecimento da comunidade LGBTQIAPN+. Ao promover a empatia e a compreensão, essas iniciativas ajudam a criar um ambiente mais acolhedor e seguro para todos, diminuindo a incidência de LGBTfobia.

IMPACTO DA EDUCAÇÃO POPULAR NA CONSCIENTIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Através de uma abordagem freiriana, a educação popular capacita os indivíduos a se tornarem protagonistas de suas próprias histórias, promovendo não apenas a conscientização, mas também a mobilização em torno de direitos. Essa conscientização é essencial para que as pessoas reconheçam a importância de lutar contra a LGBTfobia e a favor dos direitos humanos.

Ademais, a educação popular estimula a construção de um pensamento crítico que desafia as estruturas de poder que sustentam a discriminação. Isso pode levar à criação de iniciativas comunitárias que visam promover a inclusão e o respeito à diversidade, influenciando políticas públicas e práticas sociais.

Em suma, a educação popular, inspirada pela pedagogia freiriana, desempenha um papel vital no enfrentamento da LGBTfobia, promovendo a conscientização e a transformação social. Ao permitir que as vozes das pessoas LGBTQIAPN+ sejam ouvidas e respeitadas, essa abordagem não apenas contribui para a luta contra a discriminação, mas também para a construção de uma

sociedade mais justa e igualitária. A educação, nesse contexto, se torna um ato de resistência e um caminho para a libertação, fundamentando a ideia de que todos têm o direito de viver plenamente, sem medo de serem quem realmente são.

Por fim, é crucial que a sociedade civil continue a pressionar por avanços nos direitos LGBTQIAPN+, entendendo que a saúde vai além do cuidado físico. Ela envolve acolhimento, respeito e o reconhecimento de que a diversidade humana é parte essencial da nossa existência. A luta por saúde é também uma luta por dignidade e por vida plena para todas as pessoas, independentemente de suas identidades ou orientações.

TEXTO 12

CONSIDERAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO POPULAR NO COMBATE À DENGUE

PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco –
Professora da Universidade de Pernambuco (UPE)

A dengue continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo uma das arboviroses transmitida pelo mosquito Aedes aegypti que também transmite a Chikungunya, a Zika e a Febre Amarela.

Quando infectado pelo vírus, o ser humano pode continuar assintomático ou desenvolver um quadro sintomático, com situação clínica variando desde formas com discretos sintomas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito.

E por que o Brasil não consegue controlar a Dengue e outras arboviroses? As causas desta doença continuar atingindo tantos brasileiros são muitas. Para alguns, está diretamente relacionada com o pouco comprometimento das pessoas com as mudanças comportamentais necessárias para seu controle mecânico, visto que para controlar o mosquito é preciso descartar recipientes adequadamente, conter coleções de água nasplantas ou garantir um destino adequado do lixo.

Para outras pessoas, a causa da grande reprodução dos mosquitos é o precário saneamento, principalmente o abastecimento d'água que obriga as famílias a armazenarem água limpa - ambiente ideal para o Aedes. Em todas as situações, a questão perpassa pelas práticas educativas em saúde. Temos ainda, nas periferias das grandes cidades, modelos de habitação que contribuem para o acúmulo de água nos períodos de chuvas. Então, cabe perguntar qual a importância da Educação em Saúde para o controle da Dengue?

Alguns pesquisadores têm se debruçado sobre o contexto que envolve o desenvolvimento de práticas educativas como importante estratégia para a prevenção e controle da doença no país. A educação em saúde pode ser considerada como importante instrumento no processo de desconstrução de práticas dos sujeitos, tendo como possibilidade, a mudança de posturas e, consequentemente, o reconhecimento da necessidade de adoção de medidas de prevenção e controle da doença (1).

A educação popular em saúde enquanto aporte metodológico tem como ponto de partida no processo pedagógico, a valorização do saber anterior do educando a partir de suas experiências de vida, de sua realidade local, com um olhar crítico para ela. Na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas adquirem um saber próprio relacionado à sua inserção na sociedade e na natureza.

Tal conhecimento, mesmo que fragmentado, é a matéria-prima da Educação Popular. Por isso, a valorização do saber e valores do sujeito favorecem a iniciativa e participação do educando no processo de construção social do conhecimento.

As tentativas de promover o controle da dengue no Brasil vem perdurando ao longo das últimas décadas. Estratégias de controle da doença foram traçadas desde o final da década de noventa com a criação de programas específicos de alcance nacional. No entanto, as ações de prevenção durante muitos anos se pautaram em ações que priorizavam as atividades de combate ao mosquito, como o uso de inseticidas, ou o controle de criadouros por meio da eliminação de focos em água parada, em geral culpando as pessoas em relação às suas atitudes e comportamentos.

Essas práticas reproduziam um modelo de prevenção de cunho sanitarista campanhista, limitada a um modelo de reprodução da história natural da doença, baseada na interrupção do ciclo reprodutivo do vetor.

A permanência da alta incidência da doença com crescimento constante evidenciou a fragilidade das campanhas de combate ao mosquito, especialmente aquela baseadas no uso dos inseticidas.

A permanência da alta incidência da doença com crescimento constante evidenciou a fragilidade das campanhas de combate ao mosquito, especialmente aquela baseadas no uso dos inseticidas.

REFLITA: por que você acha que estas campanhas que apenas repetem instruções sobre o controle do mosquito, apesar de mais intensas durantes as epidemias, parecem ter alcance limitado?

O resultado desejado de eliminação da doença não tem sido atingido. E não é por falta de informação. Por isso, mudanças no modelo de prevenção da dengue tem sido buscadas, incorporando uma nova abordagem preventiva capaz de envolver práticas constantes de educação em saúde, fortalecimento das ações de vigilância, atuação intersetorial e mobilização popular.

Neste contexto, a educação popular em saúde pode ser tomada como referência para o desenvolvimento das atividades e projetos junto à comunidade, que visem o controle da Dengue e do Aedes aegypti, assim como de outros vetores e doenças. Uma proposta interessante foi desenvolvida através das reuniões dos conselhos locais de saúde pois cabe a este discutir a questão da Dengue e as possíveis soluções para o problema.

PARA SABER MAIS...
PARA SABER MAIS...
PARA SABER MAIS...

LEITURA COMPLEMENTAR

A VIGILÂNCIA COMO FERRAMENTA PARA TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

FELIPE BAGATOLI SILVEIRA ARJONA
EPSJV/Fiocruz

A Vigilância aplicada às questões de saúde é uma ação fundamental para o controle da situação de saúde da população. Quando há um aumento de pessoas com uma mesma doença em um mesmo território, é preciso investigar as possíveis causas, observar como as pessoas vivem e podem adoecer, verificar se os estabelecimentos de saúde tem condição para receber os acometidos pela doença, comunicar as melhores formas de prevenção, entre outras ações. Esta responsabilidade na saúde pública é da Vigilância em Saúde.

Compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras atribuições, a execução das ações de Vigilância em Saúde, conforme consta na Constituição Federal de 1988. As ações são organizadas nas três esferas do Estado brasileiro (Federal, Estadual e Municipal), e devem ser articuladas com as demais ações e serviços do SUS, para garantir a integralidade da atenção à saúde da população, ou seja, compreender o ser humano de forma integral, não apenas por sua doença, mas inserido em um contexto social. A construção do SUS com base no conceito ampliado de saúde é o grande legado das mobilizações populares por meio do movimento de reforma sanitária.

De acordo com a Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída em 2018 como documento orientador para as ações do Estado, a Vigilância em Saúde é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados

à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A Vigilância em Saúde é uma área que articula diversos saberes para organização das suas ações. Ela promove o diálogo transdisciplinar envolvendo áreas das ciências da saúde e das ciências humanas, através de campos científicos como a Epidemiologia, Geografia, Saúde Coletiva, Planejamento em Saúde, Engenharia, Biologia entre outras, que, articuladas, conseguem prover uma ação eficiente para o enfrentamento de problemas de saúde pública.

No escopo de suas ações, a Vigilância em Saúde compreende quatro grandes áreas de atuação: **1) Vigilância Epidemiológica:** ações de produção de informação para monitoramento da ocorrência de doenças em determinado tempo e espaço. As informações são produzidas através do diagnóstico individual, seja em consultas ou em laboratórios, sistematizadas para planejamento de ações como vacinação, isolamento e medidas educativas. **2) Vigilância em Saúde Ambiental:** ações de monitoramento de fatores ambientais que podem ocasionar riscos à saúde, como a qualidade da água, do ar, do solo, dos alimentos e, também, os riscos de desastres. Também desenvolvem ações para controle de vetores e de doenças como Dengue, Malária e Febre Amarela. **3) Vigilância Sanitária:** ações de inspeção e fiscalização para controle de qualidade de alimentos, medicamentos e produtos em geral que ocasionam risco à saúde, promovendo para além da notificação de estabelecimentos, a educação e orientação de como realizar boas práticas de manipulação destes produtos. **4) Vigilância em Saúde do Trabalhador:** ações que monitoram o risco à saúde em ambientes de trabalho, atuando para evitar doenças e acidentes resultantes da atividade de trabalho, além disso, promovendo a instrução para promoção de ambientes de trabalho mais seguros.

O Estado democrático é uma organização política baseada em constantes mudanças. As políticas de Estado são aprimoradas para atender com maior eficiência o bem estar da população de acordo com as necessidades sociais em cada momento. Parte da comunidade científica e trabalhadores da saúde apontam para a construção da Vigilância em Saúde de base territorial, alicerçada pelo trinômio Informação-decisão-ação, permitindo a construção de ações territorializadas, intersetoriais (participação de diversos setores do Estado) e com a participação popular. A Vigilância em Saúde de base territorial tem foco nas condições de vida e na situação de saúde de um território, e busca, a partir da premissa de diagnóstico local e do planejamento aberto à participação popular, organizar ações que sejam baseadas no contexto social de cada território, opondo-se a políticas verticais que desconsideram as realidades locais.

A sociedade se estrutura através de um modelo econômico que produz injustiças sociais. A concentração de poder e riquezas provocam, na maioria da população, a violação de direitos básicos. Com isso, movimentos populares, coletivos e grupos sociais se organizam para realização de ações de resistência em face dos grandes riscos à vida existentes nos diversos territórios. Estas ações,

quando o foco é o monitoramento e prevenção da saúde de coletividades realizadas com protagonismo popular, denominam-se também como Vigilância Popular em Saúde.

A Vigilância Popular em Saúde tem como premissa o protagonismo popular na realização das suas ações. Busca diálogo entre os diversos saberes, sejam eles oriundos de universidades, escolas ou centro de pesquisas, com os saberes ancestrais, comunitários, coletivos, locais, entre outros. Apropria-se de ferramentas da Vigilância em Saúde, transformando-as. Situa-se em contextos sociais onde o Estado não se faz eficiente na proteção da vida da população. Surge em comunidades no entorno de grandes empreendimentos, locais onde há extração de bens naturais, em áreas com poluição industrial, comunidades rurais próximas a grandes monoculturas de plantio, em favelas e periferias urbanas, entre outros contextos sociais onde há necessidade da população se mobilizar para garantir sua sobrevivência.

A Educação Popular é um importante conhecimento para o desenvolvimento das ações de Vigilância Popular em Saúde. Conceitos da teoria de Paulo Freire como “situação-limite” e “inédito-viável” são caminhos para a transformação da realidade, como é o objetivo da Vigilância Popular. A “situação-limite” são os problemas históricos de opressão e negação de direitos da população, e que são consideradas impossíveis de serem mudadas. É papel do processo educativo desenvolver um pensamento crítico que possibilita aos sujeitos a consciência de que é possível transformar sua realidade. A produção de diagnósticos como base da Vigilância em Saúde é uma ferramenta para alcançar a crítica à “situação-limite” de uma dada comunidade. É nesse sentido que torna-se necessário a construção de “inéditos-viáveis”, ou seja, dentro do processo pedagógico, desenvolver uma consciência de que um outro mundo é possível, no qual a organização popular é o anúncio por um futuro onde a vida seja um direito humano inegociável.

PARA SABER MAIS...

PARA SABER MAIS...

LEITURA COMPLEMENTAR

REAFIRMANDO A POTÊNCIA DO REFERENCIAL DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DO AGPOPSUS

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA
Coordenadora geral da Articulação interfederativa e Participativa/ Coordenadora Nacional da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde – DGIP-SE/MS.

OSVALDO PERALTA BONETTI
Coordenador do Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde (Núcleo Angicos) da Escola de Governo da Fiocruz Brasília; Coordenador do Projeto de Formação de Agentes Educadores e Educadoras Populares de Saúde (AgPopSUS).

VERA LÚCIA DE AZEVEDO DANTAS,
Integrante do Grupo de Trabalho em Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT de EPS da ABRASCO).

VANDERLÉIA LAODETE PULGA
Integrante da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS).

SWEDENBERGER DO NASCIMENTO BARBOSA
Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

A PNEPS-SUS – UM INSUMO NA SEMEADURA DA FORMAÇÃO DE AGENTES

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída em 2013 (Portaria 2761/MS) se destaca-se como uma política inovadora do SUS por seu caráter participativo e potencial transformador na democratização da saúde.

Entre 2016 e 2022, enfrentou desmontes e desfinanciamento, mas resistiu graças à mobilização de movimentos sociais, coletivos e instituições comprometidos com a defesa da vida e do SUS.

Neste momento de retomada da PNEPS-SUS, é fundamental pensar: que princípios estruturaram essa semeadura e como se reafirmou nesse período o Estado Democrático de Direito, com efetiva participação popular? Por meio de nossas ações temos conseguido reafirmar a importância do SUS e das políticas garantidoras da cidadania brasileira?

Neste texto que tem o papel de abrir essa nova fase da formação de agentes educadores e educadoras populares de saúde, compondo o 2º volume do Caderno Pedagógico, buscamos também, reafirmar o referencial freiriano e da PNEPS-SUS no AgPopSUS. Assim, ao reconhecermos a historicidade dos processos como fundamental para a compreensão dos mesmos, a fim de que sejam debatidos, exercitados e apropriados por todos(as), é que instigamos a reflexão sobre as contribuições pedagógicas, interculturais e epistemológicas da PNEPS-SUS a nossa ciranda de aprendizagem sem a pretensão de realizar uma reconstituição histórica linearizada e formal.

DIMENSÃO HISTÓRICA E INSTITUCIONALIDADE

A educação popular em saúde emergiu das lutas sociais pela democratização e da Reforma Sanitária, integrando-se à construção do SUS. Sua institucionalização começou em 2003, no primeiro governo Lula, e consolidou-se em 2013 com a PNEPS-SUS.

É importante considerar que esta política se constituiu na perspectiva de uma escuta coletiva ampliada com a diversidade de vocalizações sobretudo das populações em situação vulnerabilizada reafirmando a perspectiva da Pedagogia do Oprimido e da Esperança propostas por Paulo Freire que afirmam o direito dos oprimidos e das oprimidas à palavra:

> "Dizer a palavra, em um sentido verdadeiro, é o direito de expressar-se e expressar o mundo, de criar e recriar, de decidir, de optar" (FREIRE, 1985, p. 49).

Nesse sentido, foi fundamental a criação de espaços políticos na estrutura do Ministério da Saúde inicialmente junto à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e, posteriormente, se incorporando à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), através da primeira *Coordenação Geral de Educação Popular em Saúde.*

Nos seus primeiros passos, a PNEPS-SUS incorporou educadores(as) articulados (as) às redes que conquistaram a institucionalidade da Educação Popular em Saúde no Ministério da Saúde, na coordenação pedagógica do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde. Nesse processo foi possível romper com a verticalização presente nas versões anteriores de capacitação, possibilitando uma abordagem participativa e problematizadora da realidade.

Nesta perspectiva foram identificados, reconhecidos e "animados" grupos, coletivos e movimentos de âmbito local e nacional, possibilitando a criação de novas articulações como a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS).

Materializar essas intencionalidades em cenários políticos marcados por disputas de hegemonia e pressões institucionais exige superar um sistema opressor que invisibiliza modos de existência, incorporando princípios ético-políticos e epistemológicos (David, 2021) – expressões de lutas sociais por reconhecimento e voz contra as estruturas históricas de dominação.

Inspirada em Paulo Freire, a política valoriza a "Pedagogia do Oprimido", garantindo voz a populações vulnerabilizadas e promovendo processos formativos horizontais. A criação do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) em 2009, foi um marco importante, crucial para incluir movimentos sociais e educadores populares na construção da política, rompendo com modelos verticalizados de gestão. Trata-se, portanto, de uma institucionalização que não se dá fora dos processos sociais de conquista da saúde.

CONTRIBUIÇÕES EPISTEMOLÓGICAS, PEDAGÓGICAS E INTERCULTURAIS

A PNEPS-SUS desafia paradigmas hegemônicos ao incorporar saberes populares e ancestrais. Alguns conceitos orientadores podem ser destacados, assim como campos de ideias e fazeres que se alinham à concepção crítica de sociedade e a educação emancipadora.

A ideia de *corpo e sentipensar* busca superar a dicotomia mente-corpo no setor saúde, com valorização da experiência integral das pessoas, inspirada em Freire e Fals Borda. Freire afirma que o ato de pensar envolve o corpo inteiro e não apenas a mente e considera o ser humano um *"corpo consciente"* em relação constante com o mundo. Nos lembra que a subjetividade, "toma corpo na objetividade", constituindo "uma unidade dialética que produz um conhecer solidário com o agir e vice-versa" (Freire, 1983, p. 74).

O conceito de decolonialidade, alinhado ao campo da educação popular, constitui-se em uma abordagem que visa romper com saberes e visões de mundo tradicionalmente ditados pelo conhecimento de matriz europeia, trazendo

para o debate as questões de raça, gênero e classe, reconhecendo práticas de cuidado de povos originários e comunidades tradicionais como parte do cuidado em saúde.

A produção compartilhada de conhecimento é a reafirmação de que não há saberes mais ou menos importantes e que a diversidade de pensamento contribui para a conquista coletiva da saúde. Promove metodologias como Investigação Ação Participativa e Sistematização de Experiências, integrando arte e cultura como ferramentas pedagógicas (ex.: Caravanas Culturais e Tendas Paulo Freire).

O protagonismo popular exige pensar formações participativas, como o foi exercitado no curso EdPopSUS (2014-2016) que agregou e formou 60 mil agentes comunitários e lideranças para desenvolver uma prática educativa crítica, utilizando metodologias participativas. Pode-se ainda mencionar outras formações desenvolvidas em parcerias locais, tais como o do curso de Especialização e Aperfeiçoamento em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido, como espaço de educabilidade do humano e também das relações e que como relação, *"permeia, transcende, trazendo as pessoas, mobilizando-as a imergir no processo pedagógico despertando forças, desejos, paixões alegres no dizer de Baruch de Spinosa* (DANTAS, 2021); e o Curso de Especialização em Educação Popular e Territórios Saudáveis, pelo Núcleo Angicos da Fiocruz Brasília durante a pandemia.

Na gestão em saúde, a PNEPS-SUS incorpora a participação, a arte e a criatividade como dimensões fundantes do ser individual e coletivo. São exemplos experiências como o Chalé da Cultura (Porto Alegre) e o Espaço Ekobé (Fortaleza) que integram linguagens artísticas para promover diálogos em saúde.

Para avançar por meio de praticas interculturais e de diálogos multiculturais, a PNEPS-SUS fomenta o respeito à diversidade cultural, articulando-se com as práticas Integrativas de Saúde (PICS) e as práticas populares de cuidados, ou seja com aqueles que produzem o cuidado no âmbito de saberes tradicionais, como parteiras, benzedeiras, terreiros de matriz africana e medicina indígena; agroecologia e práticas do "Bem Viver", como perspectivas de mundo e desenvolvimento alinhadas aos modos de viver e conhecer dos movimentos camponeses e ambientalistas, que reforçam a conexão entre saúde e ambiente; a equidade, por meio de Iniciativas como o Programa AgPopSUS (2023) formam agentes populares em territórios periféricos, quilombolas e indígenas, combatendo as iniquidades, promovendo o fortalecimento dos territórios por meio de processo de vigilância popular em saúde.

A Política fortalece o controle social do SUS por meio de ações de gestão participativa e controle social, apoiando as Conferências Livres como espaços híbridos que ampliam a participação de grupos historicamente excluídos, a exemplo da Conferência Livre de Educação Popular em Saúde de 2023. Outras

estratégias de gestão participativa incluem lideranças comunitárias na tomada de decisões, tais como as Cirandas da Vida em Fortaleza, Ceará.

A amorosidade, princípio central da PNEPS-SUS e inspirado em Paulo Freire, transcende o diálogo racional, integrando trocas emocionais e sensibilidades para fortalecer vínculos, promover relações horizontais e construir coletividades (Cruz et al., 2021; Brasil, 2013). Mais que afeto individual, é um compromisso ético-político com as classes populares, materializado no reconhecimento da dignidade humana, na recusa à coisificação e na luta contra opressões (Freire, 1987; Miranda e Messias, 2023). Essa dimensão se expressa na práxis educativa, que inclui:

- Problematizar estruturas de dominação, desnaturalizando desigualdades e incentivando ações transformadoras em microrrelações (família, trabalho, saúde).

- Valorizar a integralidade do ser, reconhecendo saberes populares e potencialidades de sujeitos em vulnerabilidade, com foco na garantia de direitos.

- Incorporar o "corazonar" (Guerrero Arias, 2010), conceito decolonial que une coração e razão, resgatando culturas ancestrais e promovendo processos formativos inclusivos, criativos e alegres, capazes de integrar diversidades culturais e subjetivas. A amorosidade freiriana, assim, não é apenas afeto, mas ferramenta política para uma educação e saúde dialógicas, anticoloniais e comprometidas com a emancipação.

A educação popular em saúde integra metodologias participativas e decoloniais para a produção de conhecimento em pesquisa. Como bases epistemológicas, destacam-se metodologias como a investigação Ação Participativa (Fals Borda), a Pesquisa Participante (Brandão), a Sistematização de Experiências (Oscar Jara) e as Cirandas de Pesquisa (Vera Dantas), que incorporam a arte como eixo do conhecimento.

Essas abordagens articulam **gênero, raça, classe e geração** para analisar opressões históricas, destacando lutas de mulheres camponesas (Pulga, 2024). Produzem conhecimentos **polifônicos** (Bakhtin), valorizando vozes diversas sem hierarquias, documentados em livros, periódicos e cursos (especializações, mestrados).

Na graduação em saúde, projetos como **VER-SUS** conectam teoria à prática em comunidades quilombolas, indígenas e periferias urbanas. Universidades como a **UFFS (Passo Fundo) e UFPI (Parnaíba)** promovem estágios e vivências com movimentos sociais (ANEPS), fortalecendo equidade e participação social no SUS.

A PNEPS-SUS E O DIREITO À SAÚDE COMO CUIDADO À VIDA

A produção da atenção à saúde, orientada pela PNEPS-SUS, se fundamenta no conceito do Cuidado Integral. A PNEPS-SUS integra práticas populares de cuidado (como medicinas ancestrais indígenas e africanas) e dimensões espirituais, culturais e ambientais, alinhando-se ao conceito de Bem Viver (Acosta, 2016) e à ética do cuidado de Leonardo Boff (1999). Essas abordagens desafiam estruturas capitalistas e colonialistas, valorizando saberes comunitários e a relação harmoniosa entre humanos e natureza.

Apesar da riqueza das práticas populares, sua inserção no SUS enfrenta resistências devido à medicalização hegemônica e protocolos rígidos. Dantas e Pulga (2020) destacam a necessidade de diálogos entre as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e os saberes populares, evitando sua cooptação por lógicas verticalizadas.

Durante a COVID-19, a educação popular em saúde mostrou sua potência de resistência e cuidado integral, apoiando ações como:

> Comitês Populares e Agentes de Saúde (como o AgPopSUS) atuaram em territórios vulneráveis, distribuindo alimentos, máscaras e promovendo vigilância popular.
>
> Campanha Mãos Solidárias (PE) expandiu-se nacionalmente, articulando cozinhas comunitárias, roçados solidários e formação política.
>
> A Fiocruz e o Núcleo Angicos (DF) mantiveram vivências formativas mesmo durante o desmonte da política, formando 8.000 agentes populares em 17 estados.

No plano de intersetorialidade e de apoio às lutas populares, a PNEPS-SUS conecta-se a lutas como: movimento de agroecologia e feminismo camponês, combatendo agrotóxicos e promovendo soberania alimentar; Vigilância Popular em Saúde, denunciando injustiças ambientais e sanitárias; Articulação com universidades (UFPB, UFFS, UFPI) em estágios, residências multiprofissionais e projetos de extensão com comunidades quilombolas, indígenas e periferias urbanas. A criação de Comitês de Educação Popular em Saúde em alguns estados e municípios também vem dinamizando e criando a Política de Educação Popular em Saúde no âmbito estadual e municipal. Ainda no contexto intersetorial, a PNEPS-SUS articula saúde, educação e assistência social em projetos como o Programa Saúde nas Escolas.

Na retomada após as eleições de 2022, além da reativação da PNEPS-SUS em 2023, está em processo a reinstalação do CNEPS e parcerias com movimentos sociais na formação de agentes populares. A expansão do AgPopSUS, com metodologias territoriais e protagonismo de educadores indicados

por movimentos é um dos potentes projetos em curso. Vale lembrar também a integração da Política com as demais políticas voltadas para emergências climáticas e crises sociais, reforçando o SUS como espaço de defesa da vida e da democracia.

O investimento em uma política pública em saúde como a PNEPS-SUS no governo do presidente Lula também está fortemente vinculado ao compromisso com o fortalecimento da Gestão Participativa, compartilhando o poder de pensar a realidade, construir e dar robustez às tomadas decisão junto a um maior número de atores, fundamentalmente aqueles que estão mais comprometidos com a transformação da realidade brasileira a partir dos desejos e necessidade do povo. São os movimentos sociais e populares, coletivos organizados em bases territoriais, sindicatos e comunidades em seus territórios vivos.

É também um compromisso com as diferentes formas de se produzir ciência e diálogos para a produção da saúde com reflexão e ação críticas a partir das experiências. Aquelas vividas no contexto da pandemia de Covid-19, por exemplo, têm contribuído substantivamente com a ampliação das perspectivas de como cuidar do povo.

A PNEPS-SUS no governo federal também é o desdobramento da simbólica subida à rampa do presidente Lula com diferentes representações do povo brasileiro, reforçando que todas as vozes são importantes. Depois que o país passou novamente por experiências autoritárias, é fundamental que cada brasileiro compreenda a importância do exercício da sua cidadania com empenho em participar das políticas públicas. Quando são instituídas Assessorias de Participação Social e Diversidade nos gabinetes de todos os ministérios logo no primeiro mês do atual governo, com a Secretaria-Geral da Presidência da República coordenando essa rede, essa preocupação também fica evidenciada. Esse um compromisso com o fortalecimento da Democracia Participativa. É a construção do projeto democrático popular para o Brasil.

CONSIDERAÇÕES

A EPS nos traz sempre presente a necessidade da leitura da realidade com acuidade/compromisso e afinco e de forma participativa. Neste contexto, infelizmente somos levados a crer que os desafios colocados nos primeiros passos do atual governo ainda continuam presentes e que a educação popular pode ser, não o antidoto, mas uma caminhada potente e estratégica para superação da polarização ainda presente no cenário da política nacional e nos territórios. É importante ressaltar que nos territórios temos uma parcela significativa da sociedade, inclusive das classes populares, que continua capturada por uma cultura de ódio, de negação da ciência e da potência que a diversidade do povo brasileiro proporciona ao fazer saúde e para um projeto de desenvolvimento em nosso país.

No atual momento, conquistas importantes têm sido alcançadas na retomada dos direitos da cidadania, em especial do direito à saúde, a exemplo da superação do Brasil no ranking dos 20 países com mais crianças não imunizadas do mundo. Em 2021, o Brasil ocupava o 7º lugar nesse ranking e, em 2023, a OMS reconheceu os esforços e êxito do Sistema de Saúde brasileiro no combate a cultura negacionista e emitiu certificado dizendo que o Brasil não faz mais parte da lista.

Podemos citar, ainda, a ampliação da Estratégia de Saúde da Família que, só em 2024 ganhou 4.750 novas equipes, com R$1,1 bilhão de investimento para os municípios. No mesmo ano o Programa Mais Médicos dobrou o número de médicos, alcançando 4.412 municípios e todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e a retomada do Programa Farmácia Popular, com 3,3 bilhões de investimentos só em 2024, garantindo sua a presença em 4.758 municípios. Mais 395 cidades que passaram a ter farmácias do Programa. (BRASIL, 2025)

R$ 9,8 bilhões também foram repassados para estados e municípios para garantia do pagamento do Piso Nacional da Enfermagem. A Caravana do Piso Nacional da Enfermagem com a participação de 3,5 mil gestores, técnicos e trabalhadores em todos os estados brasileiros. (BRASIL, 2025)

Todos os estados e 97,9% dos municípios aderiram ao Programa Mais Acesso a Especialistas. Um investimento de R$1,2 bilhão para reduzir as filas de espera por cirurgias no SUS. Previsão de investimento de R$1 bilhão por ano na Rede Alyne, a nova estratégia para reduzir em 25% a mortalidade materna até 2025, com Centrais de Regulação com equipe especializada em obstetrícia, mais exames de pré-natal no SUS incentivos financeiros. Fortalecendo estratégias antirracistas, tais ações também visam a redução da mortalidade materna de mulheres prestas em 50%. Poderiam ser citadas muitas outras ações. (BRASIL, 2025)

No entanto, os aprendizados evidenciam ao mesmo tempo, “inéditos viáveis” e novas “situações limites” a serem enfrentadas em um caminhar que, como nos ensina Nego Bispo, (2023) tem começo, meio e começo. E ele nos chama atenção para a importância da confluência como energia que nos move para o compartilhamento, ampliação, germinação. E, para manter-nos problematizando o vivido, nos perguntamos: O que a PNEPS-SUS necessita provocar para que essas possibilidades se espalhem cada vez mais, confluam, polinizem, frutifiquem, gerem rizomas pelos rincões desse país continental? Como podemos potencializar a intersetorialidade capaz de acolher a perspectiva popular?

Estas e outras perguntas abrem caminhos de reflexão e de novas trilhas da PNEPS-SUS nos processos em curso e nos mais variados espaços da sociedade brasileira e suas articulações internacionais em defesa da vida, da democracia e dos direitos. Provocamos cada educador e educadora, educando e educando do Programa AgPopSUS a se somar nessa caminhada de ação – reflexão – ação na contribuindo a partir do seu espaço para conquista de SUS cada vez mais universal, participativo e equânime!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Introdução
O que queremos com este curso?

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 1.133, de 16 de agosto de 2023*. Institui o Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.133-de-16-de-agosto-de-2023-504246746. Acesso em: 26 abr. 2024.

O que é mística?
Barbosa, X. Y. Z. *Obra*. 2019. p. 10-11.
Bogo, X. Y. Z. *Obra*. 2010. p. 1.
Peloso, X. Y. Z. *Obra*. 1994. p. 5.

Solidariedade ativa

PORTO-GONÇALVES, C. W. A Reinvenção dos Territórios: a experiência latino-americana e caribenha. In: CECEÑA, A. E. **Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado**. Buenos Aires: Ed. Clacso, p. 151-197, 2006.
_____. A ecologia política na América Latina: reapropriação social da natureza e reinvenção dos territórios. Dossiê: Sociedade e meio ambiente: olhar global, visões latinoamericanas - Org.: Prof. Dr. Luiz Fernando Scheibe. Niterói, v. 9, n. 1, 2012.

Eixo temático 1

ROBERTO SESTARI JR. O Teatro Mágico Canção da Terra - clipe HD. *YouTube*, 7 maio 2013.
Disponível em: https://youtu.be/Eb-T7lz0k5M?si=CJTLmcD4hlslk5Y2. Acesso em: 26 abr. 2024.

Eixo temático 2

EMCAILLEURS. Playlist "AgPopSus - Eixo 2 - Material complementar". *YouTube*, [2024]. Disponível em: https://www.youtube.com/playlist?list=PLrzFLvfd2F-7VsF4WAMnWN0QcvR9o45ECN. Acesso em: 26 abr. 2024.

LEONARDO FERNANDES. Mangueira 2019 Letra e Samba. *YouTube*, 1º dez. 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Fbeto2Xqj_I. Acesso em: 26 abr. 2024.

MELHORES MUSICAS GONZAGA MUSIC. A Vida do Viajante. *YouTube*, 4 mar. 2015. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=2G2mDtQWQrk. Acesso em: 26 abr. 2024.

A formação do povo brasileiro

[Aguardando IBGE, Anistia Internacional, …]
CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (Coord.). *Atlas da violência 2023*. Brasília: Ipea; FBSP, 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/9350-223443riatlasdaviolencia2023-final.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

Eixo temático 3

CLARA NUNES - TEMA. Canto Das Três Raças. *YouTube*, 11 mar. 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=9OBBkQxMtXs. Acesso em: 26 abr. 2024.

CARNEIRO, F. F.; DANTAS, V. L. A. (Org.). *Vigia, povo!* – um guia de vigilância popular em satide. Eusébio, CE: Fiocruz Ceará; ABRASCO, 2023. (Protagonismo popular na defesa da vida). Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Guia-de-Vigilancia-Popular-em-Saude.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

Leitura complementar

FREIRE, P. Pacientes impacientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 32-45. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Eixo temático 4

ALBUQUERQUE, P. C. de et al. *Agentes populares de saúde do campo*: contribuindo com o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas comunidades do campo. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, 2023.

AYA T. K. VEM PRO SUS - uma música sobre o Sistema de Saúde brasileiro (Humaniza SUS). *YouTube*, 20 nov. 2022. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=830-Zs0jdJ0. Acesso em: 26 abr. 2024.

PLANETATITAS. Titãs - Comida. *YouTube*, 10 maio 2011. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hD36s-LiKlg. Acesso em: 26 abr. 2024.

SUS e as práticas populares de cuidado

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36. (Coleção Pensar em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápico*. Brasília, Série B. Textos Básicos de Saúde. 2016. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares*: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial n.º 2.960, de 9 de dezembro de 2008*. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. *Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006a*. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (Renisus)*. 6 mar. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/marco/ms_relacao_plantas_medicinais_sus_0603.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

DI STASI, L. C. *Plantas medicinais*: verdades e mentiras. São Paulo: Unesp, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Traditional medicine*. Genebra: WHO, [s.d.]. Disponível em: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/. Acesso em: 26 abr. 2024.

SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença. *Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde*. Educação a distância. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=141&ext=.pdf&titulo=Concep%E7%F5es%20sobre%20Sa%FAde%20e%20Doen%E7a. Acesso em: 26 abr. 2024.

VASCONCELOS, E. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Caderno Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.

Eixo temático 5

BOAL, A. *Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar – MDA. Governo federal cria o Programa Nacional de Agricultura Urbana e Periurbana. *Gov.br*, 13 set. 2023. https://www.gov.br/mda/pt-br/noticias/2023/09/governo-federal-cria-o-programa-nacional-de-agricultura-urbana-e-periurbana. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – MDS. *Cesta Básica de Alimentos*. s.d. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/alimentacao-saudavel/cesta-basica-de-alimentos. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – MDS. *Programa Cozinha Solidária - PCS.* s.d. Disponível em: https://cozinhasolidaria.digital/. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – MDS. *Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)*. s.d. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/inclusao-produtiva-rural/paa. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. *PNAE*: Programa Nacional de Alimentação Escolar. s.d. Disponível em: https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao(a)coes-e-programas/programas/pnae. Acesso em: 26 abr. 2024.

CAMPANHA PERMANENTE CONTRA OS AGROTÓXICOS E PELA VIDA. Como a agroecologia e a luta contra os agrotóxicos contribuem para a superação das desigualdades sociais no Brasil?. *Campanha Permanente...*, 5 maio 2023. Disponível em: https://contraosagrotoxicos.org/carolina-maria-de-jesus/. Acesso em: 26 abr. 2024.

CANALGOV. Brasil sai do mapa da fome e FAO reconhece ações nacionais de segurança alimentar. *YouTube*, 16 set. 2014. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=aDgnyfLv7Lk. Acesso em: 26 abr. 2024.

CHICO SCIENCE - TOPIC. Da Lama ao Caos. *YouTube*, 25 jan. 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=jDI5rZCntPc. Acesso em: 26 abr. 2024.

ELZA SOARES. Elza Soares & BaianaSystem - Libertação (feat. Virgínia Rodrigues) (Áudio). *YouTube*, 13 set. 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=sreEWWmb0vE. Acesso em: 26 abr. 2024.

HELEN SARAPECK. A Árvore do Teatro do Oprimido - uma oficina visual-virtual com Helen Sarapeck. *YouTube*, 15 set. 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=uUY47lya1eo. Acesso em: 26 abr. 2024.

JANAINA RUSSEFF. O Teatro-Fórum [Trecho do documentário: Augusto Boal e o Teatro do Oprimido]. *YouTube*, 8 dez. 2014. Disponível em: https://youtu.be/IZhlpnSVRUg?si=U5nlOgMQBB7F8UKX; Acesso em: 26 abr. 2024.

LUIZ GUSTAVO PINHEIRO. Elza Soares, de que planeta você veio? *YouTube*, 9 jul. 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=9NVo62or4oc. Acesso em: 26 abr. 2024.

PACTO CONTRA A FOME. Prêmio Pacto Contra a Fome 2023 | Campanha Mãos Solidárias PE Contra a Fome. *YouTube*, 27 out. 2023. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=eMcKVe03G44. Acesso em: 26 abr. 2024.

VIDEOTECA VIRTUAL GREGÓRIO BEZERRA. Betinho – Campanha Contra a Fome. *YouTube*, 23 jan. 2015. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=P3ocrAqJY2E&t=29s. Acesso em: 26 abr. 2024.

Indicações [Material complementar]

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Fiocruz. (Org.). Coordenadoria de Cooperação Social. *Você sabe quem são os agentes populares?.* [2020]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1oap3OtTlHolELvJxgkiyuComDv32boOt/view. Acesso em: 26 abr. 2024.

MPC FILMES. Histórias da Fome no Brasil [20 min]. *YouTube*, 15 maio 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=2Sni_7zAarU. Acesso em: 26 abr. 2024.

O(a) agente como referência no combate à fome e na promoção da Soberania Alimentar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

JESUS, C. M. de. *Quarto de despejo*: diário de uma favelada. 10. ed. São Paulo: Ática, 2014.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - REDE PENSSAN. *Olhe para a Fome*. S.l., 2022. Disponível em: https://olheparaafome.com.br/. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Consea. *Lei de segurança alimentar e nutricional*. [Brasília]: [s.n.], 2010. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional?TSPD_101_R0=086567d05fab2000a7bf211ac1da58af73acc5781764074776f7036baea7980b6b062cd50dd5dc0e0868a4c0d814300084277690bda4c373f76901a0135b9f2e5a347a4ad956bd76fc2b6db57a87c57c7f9c29dbb4fbb444659a8f80ac8530f8. Acesso em: 26 abr. 2024.

Eixo temático 6
Por uma vida sem violência

CONVENÇÃO INTERAMERICANA para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - *Convenção de Belém do Pará*, 9 jun. 1994. Disponível em: https://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm. Acesso em: 26 abr. 2024.

Juventudes

BADIOU, A. *L'aventure de la philosophie française*: depuis les années 1960. Paris: La Fabrique, 2012.

CERQUEIRA, D. et al. *Atlas da Violência 2021*. São Paulo: FBSP, 2021.

INSTITUTO TRICONTINENTAL DE PESQUISA SOCIAL. *Estudos sobre juventude e participação nas periferias brasileiras*. 2020. Disponível em: https://thetricontinental.org/wp-content/uploads/2020/04/20200420_CartilhaJuventude_Web-1.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

REVISTA MOVIMENTO. *UNE 70 anos*. São Paulo: União Nacional dos Estudantes. n. 18, nov. 2007.

PATERNIANI, S.; CARVALHO, L. Nós por nós: solidariedade da periferia à periferia durante o Coronachoque. *Instituto Tricontinental de Pesquisa Social*, 11 ago. 2020. Disponível em: https://thetricontinental.org/pt-pt/brasil/nos-por-nos-solidariedade-da-periferia-a-periferia-durante-o-coronachoque/. Acesso em: 24 abr. 2024.

SILVA, S. R. F. A Revolução Sandinista e a Teologia da Libertação. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 23., 2005, Londrina. *Anais*… Londrina: ANPUH, 2005. CD-ROM.

Controle social

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Conselhos de saúde*: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASIL. Fiocruz. Participação social - *O que é? PenseSUS*, s.d. Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/participacao-social. Acesso em: 26 abr. 2024.

Combater as diferentes formas de racismo para construir uma saúde livre de preconceitos para todas as pessoas

ALMEIDA, S. *Racismo Estrutural.* São Paulo: Sueli Carneiro/Pólen, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra*, v. 2, n. 1, p. 1-57, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra 3º edição. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRITO, M. S. *Aquilombar a saúde*, contra-colonizar as lutas: o projeto político do movimento quilombola para a saúde no Brasil. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2024.

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas.
Relatório Final da 1º Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola. 2023. Disponível em: https://conaq.org.br/noticias/relatorio-final-1-conferencia-nacional-livre-de-saude-quilombola/. Acesso em: 15 out 2023.

GAMA, J. P. A.; CABRAL, B. E. B. Valores civilizatórios afro-brasileiros nas vivências da comunidade baiana remanescente de quilombo Lage dos Negros: frutos reflexivos de uma cartografia. *Rev. de Extensão UNIVASF*, Juazeiro, v. 1, n. 2, p. 149-171, 2021.

MARTÍNEZ, J. A. *O ecologismo dos pobres: conflitos ambientais e linguagens de valoração*. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2018.

NOGUEIRA, S. *Intolerância religiosa*. São Paulo: Sueli Carneiro/Polén, 2020.

TRINDADE, A. L. Valores e referências afro-brasileiras. In: BRANDÃO, A. P. (org.). *A cor da cultura:* Caderno de atividades, saberes e fazeres. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2006. (Vol. 3: Modos de interagir.)

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

Racismo Ambiental, (In)Equidade e Vigilância Popular em Saúde

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Diretrizes da OMS para questões éticas na vigilância em saúde pública.* Washington, D.C.: OPAS; 2017.

Para saber mais

BORUNDA, A. As origens da justiça ambiental – e por que só agora ela recebe a atenção devida. *National Geographic,* 25 mar. 2021. Disponível em: https://www.nationalgeographicbrasil.com/meio-ambiente/2021/03/as-origens-da-justica-ambiental-por-que-so-agora-recebendo-atencao. Acesso em: 26 abr. 2024.

RACISMO AMBIENTAL e justiça socioambiental nas cidades. *Instituto Pólis*, jul. 2022. Disponível em: https://polis.org.br/estudos/racismo-ambiental/. Acesso em: 26 abr. 2024.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES para o enfrentamento do racismo ambiental no Brasil. *Inesc*, 4 mar. 2024. Disponível em: https://inesc.org.br/principios-e-diretrizes-para-o-enfrentamento-do-racismo-ambiental-no-brasil/. Acesso em: 26 abr. 2024.

O cuidado em Saúde Mental

BRASIL. *Lei n.o 10.216, de 6 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 14 maio 2024.

HOOKS, B. *Ensinando a transgredir*: a educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF; Martins Fontes, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. CE170/15. *170ª Sessão do Comitê Executivo*. Política para melhorar a saúde mental. Washington, D.C., 20-24 jun. 2022.
Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf. Acesso em: 14 maio 2024.

Comunicação Popular, desinformação e fake news

TERSO, T; MELO, P. V. Comunicação popular e comunitária salvam vidas durante a pandemia. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 10 maio 2021. Disponível em: https://diplomatique.org.br/comunicacao-popular-e-comunitaria-salvam-vidas-durante-pandemia/. Acesso em: 26 abr. 2024.

População em situação de rua

BRASIL. Conselho Nacional de Direitos Humanos. Resolução n.º 40, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. *Diário Oficial da União*, 5 nov. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Resolucao40.pdf. Acesso em: 2 maio 2024.

BRASIL. Decreto Presidencial n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009: institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 2 maio 2024.

BRASIL. Decreto Presidencial n.º 3.155, de 13 de março de 2024: Altera o Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº2, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. *Diário Oficial da União*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3155_14_03_2024.html. Acesso em: 3 jun. 2024.

NATALINO, M. A. *C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)* – Nota Técnica n. 103. Brasília: Ipea, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.

CONTRIBUINDO COM A CONSTRUÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE

ISBN: 978-65-88309-51-3