



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
(ASSOCIAÇÃO AMPLA UECE/UFC/UNIFOR)

Vanira Matos Pessoa

ECOLOGIA DE SABERES NA TESSITURA DE UM PENSAMENTO EM SAÚDE NO
SERTÃO: DO CONHECIMENTO REGULAÇÃO ÀS PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA

2015

Vanira Matos Pessoa

ECOLOGIA DE SABERES NA TESSITURA DE UM PENSAMENTO EM SAÚDE NO
SERTÃO: DO CONHECIMENTO REGULAÇÃO ÀS PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: políticas, gestão e avaliação em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Raquel Maria Rigotto.

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- P568e Pessoa, Vanira Matos.
Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família/ Vanira Matos Pessoa. – 2015.
309 f. : il.
- Tese (Doutorado) – Associação ampla Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.
Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Raquel Maria Rigotto.
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde Rural. 5. Metodologia. I. Título.


Vanira Matos Pessoa


ECOLOGIA DE SABERES NA TESSITURA DE UM PENSAMENTO EM SAÚDE NO
SERTÃO: DO CONHECIMENTO REGULAÇÃO ÀS PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

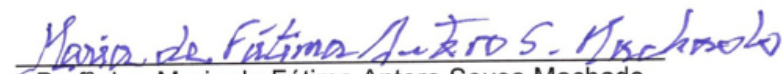
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: políticas, gestão e avaliação em saúde.

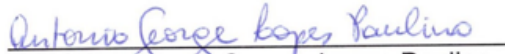
Aprovada em: 31/08/2015.

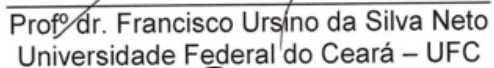
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a dra. Raquel Maria Rigotto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC


Profa. dra. Lúcia Conde de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof.^a dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri - URCA


Prof dr. Antonio George Lopes Paulino
Universidade Federal do Ceará – UFC


Prof^o dr. Francisco Ursino da Silva Neto
Universidade Federal do Ceará – UFC


Prof^o dra. Márcia Maria Tavares Machado (Suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

A Maya, minha filha querida e ao Fernando, meu amado esposo, que me permitiram vivenciar o amor, de forma intensa e diferente - a maior experiência amorosa desta existência.

Aos meus pais Vicente e Maria Antônia (In memoriam) que me ensinaram a ser forte e ter coragem de lutar pelos meus sonhos.

Aos meus queridos irmãos e irmãs, que me permitiram exercitar a convivência fraterna com a diferença e com a diversidade.

Aos sertanejos e sertanejas, homens, mulheres, jovens, crianças e idosos do semiárido que encontrei nas andanças da vida.

Aos meus amigos e minhas amigas que me ensinam a ser, a viver e a percorrer os caminhos da vida...

A minha querida professora e orientadora Raquel Rigotto que sempre confiou no meu saber e ensinou-me a crítica amorosa, encorajando-me a seguir na carreira acadêmica.

Aos trabalhadores da saúde (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, parteiras, cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal, médicos, auxiliares administrativos, motoristas, vigilantes) com quem compartilhei diversos momentos de troca de saberes e experiências significativas para a minha formação profissional.

Aos trabalhadores e trabalhadoras das equipes saúde da família onde atuei, pelo compartilhamento do trabalho com vistas à melhoria da saúde do povo e pela profunda amizade tecida nos encontros e desencontros do labor na saúde no sertão do Ceará.

Gracias a la vida

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio dos luceros que cuando los abro
Perfecto distingo lo negro del blanco
Y en el alto cielo su fondo estrellado
Y en las multitudes el hombre que yo amo

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el oído que en todo su ancho
Graba noche y día, grillos y canarios
Martillos, turbinas, ladridos, chubascos
Y la voz tan tierna de mi bien amado

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el sonido y el abecedario
Con él, las palabras que pienso y declaro
Madre, amigo, hermano
Y luz alumbrando la ruta del alma del que estoy amando

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la marcha de mis pies cansados
Con ellos anduve ciudades y charcos
Playas y desiertos, montañas y llanos
Y la casa tuya, tu calle y tu patio

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio el corazón que agita su marco
Cuando miro el fruto del cerebro humano
Cuando miro el bueno tan lejos del malo
Cuando miro el fondo de tus ojos claros

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto
Así yo distingo dicha de quebranto
Los dos materiales que forman mi canto
Y el canto de ustedes que es el mismo canto
Y el canto de todos que es mi propio canto

Mercedes Sosa

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADECE	Agência de Desenvolvimento Econômico do Ceará
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde
CTACS	Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESF	Estratégia Saúde da Família
eqESF	Equipe da Estratégia Saúde da Família
ESFVSS	Escola de Saúde da Família Visconde de Saboya de Sobral
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa Estratégica Econômica do Ceará
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores sem Terra
NUAST	Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
OBTEIA	Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas – Teias de saberes e Práticas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAMS	Sistema de Assistência Médico Supletiva
SUCAM	Superintendência de Campanha de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TRAMAS	Núcleo Trabalho Meio Ambiente e Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UFC	Universidade Federal do Ceará
VBP	Valor Bruto da Produção

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	“Lição de Canto”, tela a óleo de Adriano Santori, pintor nordestino.....	16
Figura 2	Fotografia “Vaqueiro” do fotógrafo brasileiro Araquém Alcântara.....	35
Figura 3	Fotografias agrupadas de atividades de pesquisa de campo em Luanda/Angola e Quixeré/Ceará/Brasil.....	52
Figura 4	Tela “Guerra e Paz” do pintor brasileiro, Cândido Portinari.....	67
Figura 5	Abaporu. Pintura da brasileira Tarsila do Amaral.....	128
Figura 6	Fotografia registrando a beleza da caatinga no sertão cearense. Forquilha/Ceará, 2014.....	133
Figura 7	Fotografia do mandacaru no sertão cearense. Tauá, 2014.	134
Figura 8	Distribuição espacial dos municípios do semiárido segundo a densidade demográfica, 2012.....	135
Figura 9	Fotografia do açude em período de estiagem no sertão dos Inhamuns. 2014.....	137
Figura 10	Fotografia de atividade de pesquisa de campo com a equipe saúde da família na unidade básica de saúde beneficiada com o Programa Mais Médicos numa comunidade rural, em Morrinhos/Ceará. 2015.....	142
Figura 11	Curva de segurança alimentar no semiárido.....	143
Figura 12	Fotografia de atividade de pesquisa com a comunidade rural remanescente de quilombo no sertão cearense. Tauá/ Ceará, 2014.....	144
Figura 13	Fotografia registrando a morte violenta no campo em Tauá, Ceará. 2014.....	146
Figura 14	Fotografia registrando a exuberância da natureza e os caminhos de Assaré/Ceará, 2000.....	149
Figura 15	Fotografia do sertão onde serão explorados urânio e fosfato já com placa proibitiva da caça e da pesca.....	153

Figura 16	Fotografia da caatinga cearense no período da seca. 2014....	158
Figura 17	Fotografia de roda de conversa familiar sob a sombra da cajarana. Guaribas, Catunda/Ceará, 2011.....	161
Figura 18	Fotografia do lugar dos meus pais, no sertão das Guaribas, Catunda/Ceará.....	162
Figura 19	Quadro com as atividades desenvolvidas, por pessoas com mais de 10 anos, como trabalho principal, residentes em comunidades rurais do Ceará, em 2010.....	164
Figura 20	Desenho do planeta terra em convivência saudável sociedade/natureza.....	169
Figura 21	Fotografia de moradias, sendo duas casas de barro e duas de tijolos, Aracatiaçu/Sobral/Ceará, 2003.....	178
Figura 22	Fotografia registrando encontro com parteira tradicional. Tauá/Ceará, 2014.....	180
Figura 23	Fotografia registrando a casa visitada, a beleza e isolamento do lugar. Assaré, 2010.....	182
Figura 24	Fotografia de vacinação infantil em domicílio em comunidade rural. Assaré, 2000.....	183
Figura 25	Fotografia de atividade educativa na praça central. Aracatiaçu/Sobral/Ceará, 2003.....	185
Figura 26	Fotografias agrupadas de atividade de educação permanente da equipe saúde da família. Assaré/Ceará, 2000 e Campos Sales/Ceará, 2001.....	188
Figura 27	Fotografia de visita domiciliar e reconhecimento do território, abrindo cancela e seguindo em frente, andando a pé com o motorista da equipe. Assaré/Ceará, 2000.....	200
Figura 28	Fotografia de uma roda de conversa com Boaventura de Sousa Santos no Seminário de Metodologias da Ecologia de Saberes. Quintela/Portugal, 2014.....	217
Figura 29	Fotografia registrando aproximação com a educação popular e os ensinamentos de Paulo Freire. Fortaleza/Ceará, 2007.....	226

Figura 30	Fotografia de atividade de pesquisa de campo, registrando uma conversa com os agentes comunitários de saúde. Cacucaco/ Angola, 2010.....	247
Figura 31	Fotografia com participantes do Núcleo Tramas na ocasião da defesa de dissertação de mestrado em saúde pública, registrando o ingresso oficial na ciência. Fortaleza/Ceará, 2010.....	248
Figura 32	Fotografia dos sujeitos constituintes do grupo de pesquisa ação realizando atividades de pesquisa. Quixeré/Ceará, 2009.....	250
Figura 33	Fotografias registrando atividades de pesquisa de campo comunidades urbanas na periferia de Luanda. Zambizanga/Cacuaco/Angola, 2010, 2012.....	253
Figura 34	Fotografia de mulher angolana trabalhando com os filhos em volta de si. Zambizanga/Angola, 2010.....	254
Figura 35	Esquema síntese das técnicas de pesquisa e métodos de pesquisa que experienciei de 2008 a 2015.....	257
Figura 36	Fotografia do juazeiro, árvore da caatinga nordestina.....	285

RESUMO

Aborda a *saúde humana* como *direito* à vida e a política social como resultante da luta política da sociedade ante o Estado com vistas a reduzir iniquidades em saúde. Apresenta a *ciência e o trabalho* na saúde coletiva, enfocando a relação com o sistema público de saúde, especialmente na estratégia saúde da família (ESF) com base numa *contra epistemologia* – a *ecologia de saberes*. Objetiva sistematizar a construção de uma compreensão de saúde humana e de necessidades de saúde, ancorada nas experiências nos serviços de saúde, no ensino e na pesquisa, em diálogo com a complexidade e a *ecologia de saberes*, considerando o contexto do sertão semiárido, com vistas às práticas/conhecimentos emancipatórios na ESF. A pesquisa foi constituída adotando-se: o ensaio narrativo ou autobiográfico, que apresenta um conhecimento experiencial; a filiação a uma epistemologia e a uma metodologia, que articula a pluralidade de conhecimentos para além do científico, que é a *ecologia de saberes*; a interpretação crítica do modelo de atenção ESF em articulação com a dimensão territorial rural do campo/sertão do semiárido cearense. Elabora um conhecimento/saber utilizando múltiplos conhecimentos, saberes e linguagens, tais, como: a música, a poesia, a literatura, a fotografia e a pintura, que se integram ao conhecimento formal, técnico, científico, político e constitui a identidade e a expressão de um Ser humano (pessoa-sertaneja-profissional da saúde-pesquisadora) e de suas práticas de cuidado em saúde. Defende que *processos geradores de saúde*, para além dos processos intervenientes na saúde, instituído pelo Estado, por meio dos serviços de saúde, são produzidos numa interação com a sociedade no contexto histórico, político, social, cultural e econômico. Explicita que o trabalho na ESF requer criatividade, autonomia e a participação como eixos centrais para fortalecer uma visão de saúde e de práticas de saúde, que integra o *indivíduo-família-comunidade* com o *profissional da saúde-equipe-território*. Afirma, portanto, que a concretização da ESF como modelo de atenção à saúde requer o reconhecimento: *do processo de vulnerabilização socioambiental; do território; da promoção da saúde; e da intersectorialidade como essenciais para responder as necessidades de saúde e implantar o cuidado em saúde a indivíduos, famílias, comunidades, território*. Concebe a necessidade de uma *contra epistemologia* para gerar conhecimentos/práticas emancipatórias na saúde articulando a *pesquisa-comunidade-serviço-ensino*. Sugere

que o cuidado em saúde de cidadãos sãos ou doentes na ESF requer a tecer um novo conhecimento: interconhecimento, ou o conhecimento emancipatório em saúde. Propõe a ecologia de saberes como uma epistemologia para entretecer o interconhecimento, maturado no chão firme da experiência, articulado a cultura e a identidade, com vistas a construir uma ponte para transitar para um momento novo, que reúne a ciência, a política e a técnica em prol da superação do modelo hegemônico na saúde nos territórios/comunidades/famílias.

Palavras – chave: Estratégia Saúde da Família. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Rural. Metodologia.

ABSTRACT

Addresses human health and right to life and social policy as a result of the political struggle of society against the state in order to reduce health inequities. It presents science and work in public health, focusing on the relationship with the public health system, especially in the family health strategy (FHS) on the basis against epistemology - the knowledge of ecology. Aims to systematize the construction of an understanding of human health and health needs, anchored in the experiences in health care, teaching and research, in dialogue with the complexity and the ecology of knowledge, considering the interior of semi-arid environment, with a view practices / emancipatory knowledge in the FHS. The research was made by adopting: the narrative or autobiographical essay that presents an experiential knowledge; membership in an epistemology and a methodology that articulates the plurality of knowledge beyond the science, which is the knowledge of ecology; the critical interpretation of the FHS care model in conjunction with the rural territorial dimension of field / backwoods of Ceará semiarid region. Prepare a knowledge / know using multiple skills, knowledge and languages, such as: music, poetry, literature, photography and painting, that integrate with formal knowledge, technical, scientific, political and constitutes the identity and expression of a human being (person-hinterland-professional health-researcher) and their health care practices. Argues that health generating processes, in addition to the processes involved in health, established by the State, by means of health services, are produced in interaction with society in historical context, political, social, cultural and economic. Spells that work in the FHS requires creativity, autonomy and participation as central pillars for strengthening a vision of health and health practices, integrating the individual-family-community with health care-team-territory. States, therefore, that the implementation of the FHS as health care model requires recognition: the environmental vulnerabilization process; planning; health promotion; and intersectoral approach as essential to meet the health needs and deploy health care to individuals, families, communities, territory. Sees the need for a counter epistemology to gestate knowledge / emancipatory practices in health articulating the research-community-service-education. Suggests that the health care of healthy people or patients in the FHS requires to weave a new acquaintance: interconhecimento, or emancipatory

knowledge in health. Proposes the ecology of knowledge as epistemology to weave the interconhecimento, matured in the solid ground of experience, articulate culture and identity, in order to build a bridge to transition to a new time, which brings together science, policy and technical for the sake of overcoming the hegemonic model in health in the territories / communities / families.

Key - words: Family Health Strategy. Needs Assessment. Primary Health Care. Rural Health. Methodology.

SUMÁRIO

1 PREÂMBULO.....	16
1.1 A autoria e os conceitos e temas abordados na escrita deste texto: história e trajetórias percorridas para o nascimento desta tese.....	20
PARTE I DELINEAMENTO METODOLÓGICO: ENTRELACANDO E TECENDO CONEXÕES COM VISTAS AO CONHECIMENTO EMANCIPAÇÃO.....	35
Seção 1: Inquietações, indagações e críticas acerca do método científico.....	35
Seção 2: Autobiografia como um passo rumo ao conhecimento emancipatório.....	43
PARTE II DO DIREITO A VIDA E A SAÚDE AO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO COMO EXPRESSÃO DAS CONTRADIÇÕES E LUTAS POLÍTICAS E DEMOCRÁTICAS NO BRASIL.....	56
Seção 1: O direito à vida como primazia para a humanidade: desafios e possibilidades no contexto do desenvolvimento capitalista.....	56
Seção 2: Reflexões sobre o sistema único de saúde como direito universal, integral e equânime a saúde da população brasileira no contexto de disputas e mercantilização da saúde.....	67
Seção 3: A relação saúde e desenvolvimento no programa de aceleração do crescimento da saúde (pac – saúde) no Brasil.....	87
Seção 4: Aproximações conceituais com as necessidades humanas e de saúde na política pública de saúde.....	98
Seção 5: A Promoção da saúde como campo de prática social na ESF numa perspectiva crítica: notas para reflexão.....	116
PARTE III O SERTÃO: UM LUGAR DE VIVER E TRABALHAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM COMUNIDADES RURAIS/CAMPONESAS.....	128

Seção 1: O contexto do sertão onde vivi e aprendi a atuar na saúde da família: características gerais entrelaçadas à determinação social da saúde.....	128
Seção 2: As raízes crianceiras sertanejas e a experiência de cuidar na estratégia saúde da família a partir das memórias dos tempos idos.....	157
1.1 Alguns aspectos do processo de trabalho e das práticas de cuidado na Estratégia Saúde da Família.....	168
PARTE IV A DESCOBERTA DA CIÊNCIA E DA EPISTEMOLOGIA: LAÇOS E RUPTURAS NECESSÁRIAS NA ABORDAGEM DO CUIDADO EM SAÚDE.....	202
Seção 1: Aproximações com o pensamento complexo e a ecologia de saberes: uma necessidade, um desafio e uma possibilidade para a atuação crítica na saúde.	202
1.1 As primeiras aproximações com a ciência e o paradigma emergente.....	205
1.2 Os paradoxos entre o serviço de saúde e a academia: em busca de uma atuação integrada e articulada na pesquisa em saúde coletiva.....	217
1.3 A ruptura com o pensamento clássico gestada nas práticas em saúde no SUS e a defesa da contra epistemologia na saúde coletiva.	237
1.4 Os contextos territoriais locais e globais de iniquidades como afirmação da necessidade da produção de conhecimento científico solidário na saúde.....	245
1.5 Abordagem da saúde na ESF necessita da contra epistemologia para a concretização de um modelo de atenção à saúde emancipatório.....	260
1.6 O pensamento pós-abissal pode produzir conhecimento solidário e conduzir a ação transformadora na ESF.....	277
PARTE V SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POSSIBILIDADES DA ECOLOGIA DE SABERES NAS PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS NA ESF NO SERTÃO.....	285
REFERÊNCIAS.....	303

1 PREÂMBULO

Harmonia, criação, beleza, sabedoria, escuta entre silêncios e cantos de gente e de pássaro.

Passarinho e gente aprendem a ser juntos cantores do mundo ..., mas que mundo cantaremos?

Gritos e silêncios de seres que sentem a dor e a alegria ao som da melodia de um mundo de sons que por ora não quero escutar...

Desejo ouvir a música do vento, o som da natureza, as batidas dos corações. Lugar de onde ecoam ensinamentos, dúvidas e esperanças.

Não ao ruído dos tempos modernos.

Vanira

Figura 1: “Lição de Canto”, tela a óleo de Adriano Santori, pintor nordestino.



Fonte: Disponível no google imagens.

O texto escrito nas próximas páginas traz uma pluralidade de linguagens, talvez seja um sincretismo do ponto de vista da forma de escrever, como também do que está escrito. Como na tela Lição de Canto o texto apresenta uma reflexão sobre quem ensina e aprende a partir do lugar de aprendiz. Afinal quem nos dá a lição e como dá e o que fazemos com ela!

Escrevi do lugar de sujeito aprendente, como fala Josso (2002), acerca de processos de formação humana e de conhecimento. Então é um texto que percorre os limites e as fronteiras do conhecimento de sujeito aprendente que sou! Neste sentido as palavras que usei podem não ser as mais adequadas, contudo considerando a lição que aprendi com Manoel de Barros, e que valorizo muito que diz assim no poema *Cabeludinho*

*Aprendi nessas férias a brincar de palavras mais do que trabalhar com elas.
Comecei a não gostar de palavra engavetada. Aquela que não pode mudar de lugar.
Aprendi a gostar mais das palavras pelo que elas entoam do que elas informam.*

Trecho do Poema de Manoel de Barros.

Semeiei as palavras no branco da tela do computador, desengavetando-as das memórias numa brincadeira científica. Se não fosse por ter lido Manoel de Barros, eu não teria coragem de utilizar a palavra brincadeira nesta tese! Então uso as palavras como se estivesse semeando as sementes na terra, desta forma nem sempre se sabe ao certo, em que tempo e como nascerá, até que estágio chegará a se desenvolver.

Sei que o nascimento do texto escrito depende de diversas dimensões relacionadas ao autor, ao contexto da vida pessoal, profissional e política, ao tempo, as normas, aos métodos, ao conhecimento científico admito que apresento um texto inacabado e incompleto...

Com efeito, as mudanças e as transformações do ato criativo da escrita hoje interferem muito na produção do texto acadêmico. Outrora eu desenhava as letras para vir a formar uma palavra, em tempos atuais a letra existe a um clique e já se foi rapidamente uma palavra, já pronta, sem desenhos do autor, sem sua marca, mas algo igual na forma de escrita, padronizada! Restar-me-ia, portanto a

possibilidade de ousar no conteúdo? Teria coragem para isso? Parece-me que se simplificou o ato de escrever e, conseqüentemente o ato de refletir.

Mas, a reflexão, a inquietação, a dúvida, a incerteza, a curiosidade, sempre estiveram muito presentes no meu processo de aprendizagem, como também na minha vida laboral nesta trajetória de 16 anos dedicados à saúde pública no Ceará. Estas características me desafiaram a buscar outros horizontes em tempos passados, e, constantemente, no presente, me colocam em permanente tensão na criação desta tese.

Esta parte do texto dá conhecimento ao leitor mais do autor do que da sua obra, de certa forma, apresentando uma marca desta tese que será a autorreflexividade.

A autorreflexividade à qual faço referência nesta tese tem muita ressonância no pensamento do sociólogo português Boaventura de Sousa Santos. O autor afirma que *“é próprio da natureza da ecologia de saberes constituir-se através de perguntas constantes e respostas incompletas.”* (2010, p. 66). A *ecologia de saberes* na visão do autor *“capacita-nos para uma visão mais abrangente daquilo que conhecemos, bem como do que desconhecemos, e também nos previne para que, aquilo que não sabemos é ignorância nossa, não ignorância em geral.”* (SANTOS, 2010, p.66).

Quero expor com isto que meu texto será entrecortado de questionamentos, e devo admitir, que a maioria deles sem respostas formuladas, ou seja, num profundo exercício de autorreflexividade como sugere Boaventura, uma característica do conhecimento prudente, na perspectiva da ecologia de saberes.

Reforça Santos (2010), que a ecologia de saberes requer uma vigilância epistemológica, num exercício de autorreflexividade, considerando a participação solidária na construção de um futuro pessoal e coletivo, sem nunca ter a certeza de não repetir os erros cometidos no passado.

Por outro lado, Boaventura de Sousa Santos somente em 2014 publicou o seu texto *“Ao espelho – As relações pessoais com o mundo a que chamamos identidade: ser ou não ser quem imagino que sou nas favelas do Rio de Janeiro”*, que é o capítulo 2 do livro: *O direito dos oprimidos*, ou seja, 40 anos após a sua elaboração. O referido capítulo trata da autobiografia do autor.

Apesar do tempo distante entre a escrita e a publicação possível do manuscrito somente agora recente, percebo que há uma abertura da ciência na atualidade para outras formas de produzir ciência, como também reconheço os desafios e limites a que me exponho ao propor este tipo de estudo na academia.

Entendo, todavia, que este processo de elaboração científica está sempre sujeito a críticas e a refutação, e, de forma alguma, se consubstancia como uma verdade, mas como uma leitura da realidade, que se alicerça na experiência auto interpretada e reelaborada à luz do que há de teórico-conceitual que o autor é capaz de apreender.

Considerando o exposto, este preâmbulo visa a apresentar um pouco do processo criativo que me envolve na produção destes escritos. Neste tópico, de forma breve, apresento as categorias colocadas em debate neste texto, abordando de forma esquemática e resumida a intenção do meu percurso, destacando os aportes teóricos metodológicos que serão utilizados, e as justificativas e os porquês destas aproximações conceituais.

Na continuidade apresento um pouco da minha reflexão, enquanto pessoa, profissional da saúde, pesquisadora do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculada à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) situando-me no contexto da saúde coletiva, entremeada ao mundo das práticas de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), lugar de onde nasceram muitas das minhas ideias, desafios, inquietações e indignações com a política de saúde brasileira e com a ciência moderna.

Assumo, portanto, ao apresentar esta autorreflexividade, uma postura ética e política com os pressupostos da reforma sanitária e com um ideário de saúde, centrado na noção de direito humano incontestável, reconhecendo, portanto, o necessário embate cotidiano na defesa da vida digna, em que: o nascimento, o crescimento, o desenvolvimento, o envelhecimento e a morte humana sejam considerados dentro de uma perspectiva crítica dos processos fincados na justiça social, com a recomendação de tratar desigual os desiguais.

Estou ciente da necessidade dos pesquisadores da saúde coletiva comprometidos com o SUS perceberem que a exclusão social é sempre produto de relações de poder desiguais, como também reconhecerem o princípio da igualdade e da diferença, simultaneamente, com intuito de redistribuição dos recursos materiais,

sociais, políticos, culturais e simbólicos na sociedade, conforme dito por Santos (2010).

1.1 A autoria e os conceitos e temas abordados na escrita deste texto: história e trajetórias percorridas para o nascimento desta tese.

Esta tese assenta-se na premissa de deixar-me conduzir na aventura do conhecimento pela curiosidade, por uma vontade de saber, por uma necessidade do meu ser! A sua germinação se inicia rompendo os alicerces da mente que cria, desafiando-a ir a um novo lugar, respirar outro ar, beber em outras fontes de água. Como semente enterrada, sentir o calor e a umidade da terra, deixar-se morrer, transformar-se em outro ser, agora, talvez, já um arbusto, mas ainda ansioso por conhecer por meio das suas raízes, das suas folhas o que é que lhe esquenta, alimenta e nutre..., ou seja, o que lhe faz saudável e vivo – saúde e cuidados em saúde?

Enfim, deixar-se enlevar de forma reflexiva nos escritos desconhecidos dos sábios, dos cientistas, dos poetas, dos pintores e criar, produzir e inscrever outro ser - eu, e um fruto - uma tese: ciência e consciência da responsabilidade de ser sujeito do conhecimento imerso na vida! Com o entendimento de que é fundamental possibilitar o acesso à terra fértil para que as sementes possam nascer criativamente, para que o ser que se pensa, que formula, que cria caminhos e conceitos explicativos e orientadores do mundo da vida, incorpore o mundo da vida na sua ação criativa! Sentindo-me assim, como semente, acalentada pelo calor da terra fértil é que vou desenvolver esse texto, criar esta tese, como inacabada, incompleta e inconclusa – um estado entre semente e fruto, aceitando que os nascimentos são rupturas, são transformações, são mudanças, são renovações - reinvenção da vida pela vida.

Neste processo reflexivo me pergunto tão cansada do tempo, mas tão desejosa do novo: Que hora é essa de escrita de uma tese de doutorado? Hora de criar? Inventar? Reviver? Relembrar? Resignificar aprendizados? Semear novos conceitos, ideias e práticas? Enfim, gestar e parir uma tese para que e para quem? Estes primórdios de um modo de nascer me envolvem na tessitura do texto que ora escrevo, pensando, repensando, sistematizando, reelaborando o que sei, o que aprendi, o que quero saber.

Acredito que, metaforicamente falando como sujeito das ideias, que utiliza a imaginação e a criatividade, disponho de asas saudáveis, apesar da imaturidade intelectual que reconheço ser parte de mim. Espero alçar novos voos, enveredar por caminhos desconhecidos, incorporando outros elementos para costurar as teorias, as metodologias, as poesias e tecer novos saberes e práticas neste texto que aflora desse mergulho em mim e em leituras significativas para a minha constituição como intelectual do campo da saúde coletiva.

Preciso, portanto, de forma persistente e coerente com o meu estado de pássaro de asas ainda imaturas, que segue os conselhos e orientações da mãe e do pai, já mestres na arte de voar, assumir que tenho, mesmo neste estágio, algo para dizer aos cientistas, *ser autora*. Este texto será em toda a sua elaboração um voo de um aprendiz da arte de voar, mas com a convicção de que é preciso ir a outros lugares e respirar outros ares para se falar de saúde e vida na contemporaneidade.

Com efeito, reconheço que como enfermeira, dialogar com autores a exemplo de Boaventura de Sousa Santos traz inquietudes e descobertas, mais incertezas e dúvidas do que certezas. Reconhecendo isto, e visando dar os passos iniciais nesta aventura, resgato dois conceitos importantes para minha trajetória de pesquisadora, escritora, autora. Primeiramente o conceito de *autor*, e em segundo o conceito de *sujeito individual*.

A noção de autor se funde em um amálgama, com os conceitos de iniciativa, autonomia, criatividade, autoridade, autenticidade e originalidade, conforme destaca Santos (2009). *Autor* é o conceito que subjaz à organização do domínio artístico e literário da modernidade, e, também está relacionado com a noção, igualmente moderna, de *sujeito individual* (SANTOS, 2009).

Destaca o autor que:

Estes dois conceitos representam a descontinuidade entre o mundo medieval e o novo mundo do Renascimento e dos descobrimentos, o absurdo de reduzir o novo conhecimento às semelhanças ou analogias com as tipologias inertes estabelecidas pelo conhecimento anterior. (SANTOS, 2009, p.76).

O conceito de autoria desenvolveu-se, sobretudo no domínio artístico e literário, particularmente a partir do Romantismo, sendo o autor entendido como: “o “oposto” da vida quotidiana e vulgar, o criador autônomo capaz de inventar novos mundos culturais libertos do contexto material circundante.” (SANTOS, 2009, p. 76).

O conceito de sujeito autônomo se desenvolveu sobre o pilar da regulação, “como cidadão e como agente de mercado e, em ambos os casos, como microunidade na criação quotidiana e normal da nova ordem das coisas.” (SANTOS, 2009, p. 77).

Considero também importante frisar o conceito de autonomia em relação aos dois conceitos referidos. A autonomia do sujeito está baseada “[...] no desempenho de ações normativamente reguladas de acordo com os contextos, as limitações e as possibilidades criadas pela repetição de ações anteriores semelhantes.” (SANTOS, 2009, p. 77). Já a autonomia do autor está assentada na diferença irreduzível entre a ação e as condições do seu desempenho. Estes dois tipos de autonomia são ambos precários na visão de Santos (2009), embora o sejam por razões distintas. Reforça Santos: “a autonomia do sujeito corre o risco de não se distinguir das condições que a tornam possível (alienação); a autonomia do autor corre o risco de se tornar irrelevante quando separada das condições que a tornam possível (marginalização).” (SANTOS, 2009, p. 77).

Com efeito, reconheço que tenho o desafio de me colocar como autora e autônoma na produção do conhecimento sem me deslocar do contexto, que também, significa uma tentativa de libertação do colonialismo, e caminhar na direção de um conhecimento emancipatório, conforme entendimento e proposto por Santos e que será abordado mais adiante.

Destaco o ensinamento de Edgar Morin (2000), que faz a defesa de que a falsa racionalidade, ou racionalidade abstrata e unidimensional leva ao *não pensar*. Este não pensar, é, pois, na minha visão extremamente grave para quem atua como cientista e como profissional de saúde. O autor afirma que hoje, o conhecimento dos problemas-chave do mundo, aponta que o contexto de todo conhecimento político, econômico, antropológico, ecológico constitui o próprio mundo, sendo, portanto, um problema universal para todo cidadão: *como adquirir a possibilidade de articular e organizar as informações sobre o mundo* e sugere como caminho uma **reforma do pensamento**, como dito nas suas palavras:

[...] quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, tanto mais existe a incapacidade de pensar na sua multidimensionalidade. Quanto mais progride a crise, mais progride a incapacidade de se pensar na crise. **Quanto mais os problemas se tornam planetários, mais eles se tornam impensáveis. Incapaz de visualizar o contexto planetário, a inteligência cega torna-se inconsciente e irresponsável.** Daí então damos-nos conta de que um problema-chave, que é complementar a um pensamento que separa por um pensamento que reúne. **Complexus significa originariamente “aquilo que é tecido em conjunto”.** O pensamento complexo é um

pensamento que procura ao mesmo tempo distinguir (mas não disjuntar) e reunir. (MORIN, 2000, p. 209, grifo nosso).

Busco o pensamento complexo para me apoiar no sentido de estabelecer um esforço em reunir aspectos diferentes na produção do conhecimento emancipatório. Apoio-me, portanto, não só nas teorias e metodologias, mas, sobretudo, na relação humana estabelecida com diversas pessoas ao longo de minha trajetória de vida profissional, que me propiciaram um saber que desejo expor nesta tese. Empreendo um esforço para reconhecer a contribuição valiosa de diversos processos, alicerçando o meu entendimento na mediação entre o lido, o escrito e o vivido, para que eu possa cunhar no papel os fundamentos dos temas em debate nesta tese. Eu, ser humano, capaz de interagir e propiciar o afloramento de dimensões necessárias para a saúde que ora defendo na minha prática.

As minhas reflexões baseiam-se, portanto, em perguntas e questionamentos nascidos da inquietude vivida no SUS, enquanto profissional e pesquisadora da saúde coletiva, na interface com os campos da: *produção-ambiente-saúde e a relação destes com o 'território da vida', objeto de intervenção e práticas da atenção primária à saúde (APS), no contexto do modelo de atenção denominado Estratégia Saúde da Família.*

Destaco, primeiramente, que, atualmente, o Ministério da Saúde ao referir-se à atenção primária à saúde tem adotado a seguinte terminologia: atenção básica à saúde (ABS) que, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2012, caracteriza-se como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral **que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.** (BRASIL, 2012, p. 19, grifo nosso).

No referido documento a ESF é apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) como a proposta para reorganização da ABS, conforme pode ser lido abaixo:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País [...] como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por **favorecer uma reorientação do processo de trabalho** com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p. 54, grifo nosso).

Pretendo elucidar ao longo desta tese - como um processo que se constitui na descoberta e ou releituras de intelectuais da saúde coletiva na interação com a ecologia de saberes e a complexidade o tema *práticas emancipatórias na Estratégia Saúde da Família no contexto da saúde coletiva*.

A experiência na ESF me oportunizou uma compreensão de saúde e de necessidades de saúde ancoradas numa abordagem de cuidado centrada no território/comunidades/famílias/indivíduos como essenciais para a minha compreensão e defesa de uma política de saúde, que colabore com uma reorientação do modelo assistencial.

Diversos aspectos são parte integrante da minha leitura acerca do referido tema. Entre estes, um aspecto central, que devo considerar é a minha identidade de lugar. Neste sentido ao fazer referência à saúde, o faço, a partir de um “território-lugar”, denominado “sertão”, parte do semiárido cearense, o que também é denominado de “campo”, em outras terminologias. Lugar de nascimento e de atuação profissional, lugar para onde vou, ora como cidadã e profissional de saúde da ESF e agora, também, como pesquisadora da saúde coletiva...

Estou inserida no cenário político-social do meu País, como servidora pública federal, no cargo de pesquisadora em saúde pública, comprometida com uma saúde centrada nos anseios da sociedade, e, sobretudo dos mais vulneráveis, em especial das populações rurais/camponesas moradoras do sertão nordestino. Como dizia o poeta cantador Luiz Gonzaga o ‘*sertão das muié séria dos home trabaia dô*’.

Destaco que tenho uma compreensão de saúde próxima da orientação de Góis (2008) que diz:

[...] os profissionais de saúde precisam compreender a saúde do pobre dentro de uma lógica social desumanizadora, numa realidade social que, também, apresenta potencial transformador, capaz de levar a população a superar a ideologia da submissão e resignação e sua própria identidade de oprimido e explorado. (GÓIS, 2008, p. 107).

Comungo do pensamento do autor que recomenda a cumplicidade e o companheirismo do setor saúde na luta com vistas à transformação de realidades

excludentes e desumanizadoras. Percebo um esforço de Góis (2008) em destacar o contexto de inserção social, cultural e histórica, o que dialoga com Santos (2010) ao defender o direito do oprimido dentro da contra epistemologia proposta pelo autor.

Esta contra epistemologia evidenciada também por Morin (2000) dialoga, no meu entendimento, com o debate necessário à saúde coletiva no contexto de práticas do SUS. Estes autores, na minha visão trazem uma abertura para a compreensão dos problemas contemporâneos, que podem auxiliar o meu percurso.

Reflico, considerando o exposto: *que pode ser dito sobre saúde, a partir de uma identidade de lugar, de uma trajetória de vida, de uma atuação profissional, de uma luta por direito social, de uma utopia que subsidie práticas emancipatórias na ESF?* Ouso dizer que o meu entendimento de saúde individual e coletiva passa pelas interações de todos esses recortes.

Coloco esta questão porque tenciono caminhar num sentido de ruptura com um modelo de pensamento centrado na exclusão radical, que se materializa hoje no pensamento e nas práticas modernas ocidentais (SANTOS, 2010). Conforme dito por Boaventura **o pensamento abissal tem como característica fundamental a impossibilidade da copresença** dos dois lados da linha abissal, ou seja, além do norte global só há inexistência, invisibilidade, ausência não dialética (SANTOS, 2010).

E em alusão “ao campo do conhecimento, o pensamento abissal consiste na concessão à ciência moderna do monopólio da distinção universal entre o verdadeiro e o falso.” (SANTOS, 2010, p.33). O autor destaca ainda que o caráter exclusivo deste monopólio está no cerne da disputa epistemológica moderna entre as formas científicas e não científicas de verdade (SANTOS, 2010).

Nesta perspectiva os conhecimentos populares, leigos, plebeus, camponeses, ou indígenas do outro lado da linha desaparecem como conhecimentos relevantes ou comensuráveis por se encontrarem além do verdadeiro ou falso. Deste lado da linha representado pelo Sul Global não há conhecimento real, o que existem são as “crenças, opiniões, magia, idolatria, entendimentos intuitivos ou subjetivos, que, na melhor das hipóteses, podem tornar-se matéria-prima para inquirição científica” (SANTOS, 2010, p. 34).

Visualizo nas palavras de Boaventura um chamamento, enquanto pesquisadora social em saúde, para uma necessária aproximação epistemológica com as epistemologias que se assentem em princípios, que acatam o saber para além

da ciência moderna. Boaventura de Sousa Santos destaca que a expressão Epistemologias do Sul é uma metáfora do sofrimento, da exclusão e do silenciamento dos povos e das culturas que, ao longo da História foram dominados pelo capitalismo e colonialismo.

Estas epistemologias são um conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam a supressão dos saberes ocorrida ao longo dos últimos séculos, pela norma epistemológica dominante. As epistemologias do sul valorizam os saberes que resistiram com êxito e as reflexões produzidas por estes saberes e investigam as condições de um diálogo horizontal entre os diversos conhecimentos. Nesta perspectiva, o autor propõe a ecologia de saberes, que se concretiza nesse diálogo entre os saberes (SANTOS, 2010).

Neste texto trago esta perspectiva como sujeito que cria a partir deste diálogo, e não somente a partir do que está circunscrito ao modelo de ciência hegemônico. A partir do dito e tecendo aproximações com o contexto do semiárido, questiono: *como é o entendimento de saúde no campo, no lugar denominado sertão? Que aspectos simbólicos, culturais, históricos, políticos e econômicos condicionam a representação de ser saudável? O que é viver bem para os camponeses/sertanejos? Como as comunidades tradicionais do campo/sertão que praticam relações de trabalho e convivem com as incertezas decorrentes da relação estabelecida com a natureza concebem a saúde e viver bem?* Estas questões estavam contidas no meu processo de cuidar destas populações, como enfermeira na ESF, e, considero que compreendê-las ajudaria muito no meu processo de trabalho. Portanto, abordo estes aspectos de forma transversal, considerando-os necessários para se avançar em termos de uma proposição teórica relativa às práticas emancipatórias na ESF.

Reconheço o sociólogo Boaventura de Sousa Santos, como um dos mais importantes da língua portuguesa e que, conforme alertam os autores Freitas e Porto (2011) o seu pensamento ainda carece de um aprofundamento nas questões concretas do campo da saúde, seja comprovando a validade de seus pressupostos, seja indagando sobre os seus limites. Entendo, portanto que estou buscando nesta formação acadêmica, aportes teóricos para colaborar com a criação de novos processos e práticas no campo da saúde coletiva que tenham ressonância no SUS, especialmente na Atenção Básica à Saúde (ABS) no modelo de atenção ESF.

Comungo do pensamento de Santos (2010) que sugere situar uma perspectiva epistemológica na experiência social do Sul-global, não imperial, confrontando a monocultura da ciência moderna com uma ecologia de saberes. Neste sentido, Santos (2010) sugere **que reconhecer a pluralidade de conhecimentos heterogêneos e em interações sustentáveis e as dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia, tomando como base que conhecimento é interconhecimento é fundamental** e eu acredito que isto traz novas possibilidades para a saúde coletiva, e para o debate de práticas de cuidado à *saúde* humana.

Opto por uma escolha complexa e busco também os ensinamentos de Edgar Morin para trilhar esta trajetória desconhecida, que é produzir ciência, como um saber de complementaridade, de uma teoria relacionada a uma prática, de experiências e conceitos que se chocaram ou se reafirmaram quando imersos na vida.

A reforma do pensamento é uma necessidade democrática e histórica fundamental segundo Morin (2010). O autor coloca como maior desafio do pensamento contemporâneo, pensar a complexidade, tendo em vista, que isto sugere a necessidade de uma *reforma no nosso modo de pensar* ou do pensamento, pois os pilares da ciência clássica (ordem, separabilidade, razão) apresentam-se insuficientes para a abordagem dos problemas complexos (MORIN, 2000). Destaca que formar cidadãos com capacidade de enfrentar os problemas de sua época é frear o enfraquecimento democrático suscitado na política, pela expansão da autoridade dos *experts*, considerados os especialistas de toda ordem, que promovem a restrição progressiva da competência dos cidadãos (MORIN, 2010).

Reforça, ainda, que o desenvolvimento de uma democracia cognitiva só é possível com uma organização do saber: e esta pede uma reforma do pensamento que permita ligar o que está isolado, possibilitando o renascimento de uma nova maneira do ser humano, da natureza, do cosmo, da realidade (MORIN, 2010).

Acredito, portanto, que os ensinamentos da ecologia de saberes e da complexidade podem me auxiliar teoricamente com vistas a deflagrar novas reflexões sobre as ideias de *promoção, determinação, necessidades de saúde* no contexto de práticas – SUS (ESF) e no contexto acadêmico – saúde coletiva (pesquisa).

Almeida Filho (2011) afirma que:

[...] o objeto saúde por definição é complexo, contextualizado, congruente como o neossistemismo típico das novas aberturas paradigmáticas,

sugerindo a predominância de uma lógica múltipla e plural, que não se expressa de maneira codificada, mas possível de ser reconhecida por seus efeitos. (p. 114).

Faço a ressalva, que abordarei o tema saúde não como objeto conforme explicitado em um capítulo mais adiante, mas compreendendo-o como um estado do Ser, que não é dado, comprado, apropriado, mas gestado pelo Ser numa mediação entre o organismo humano e sua autoprodução e deste com os seres humanos, entre estes e o ambiente entrelaçadas com as demais características referidas por Almeida Filho (2011). Portanto, abordo o tema da saúde com o olhar de outros campos de saberes para (re)pensá-lo.

Particularmente exemplifico que no Brasil, por ocasião das eleições presidenciais o tema saúde, foi recorrente no processo político, em que o povo brasileiro, reconheceu a saúde como uma ação importante, e também como a principal reivindicação e ou demanda atual e concreta para o Estado brasileiro.

A sociedade se mobilizou reivindicando algumas ações do Estado como segurança pública, educação, combate à corrupção e saúde pública. Ressalto, contudo, que os debates políticos eleitoreiros dedicaram suas propostas a saúde pública centrada no assistencialismo especializado, com forte apelo médico, numa perspectiva de reafirmação do modelo médico assistencial hegemônico.

Impossível, portanto, não me inserir neste debate, tendo em vista, a minha atuação como defensora de uma política pública de saúde, tendo como referência a luta e a conquista de direitos humanos à sociedade que sobrevive à margem do sistema capitalista.

Apoio-me nesse sentido, numa trajetória de atuação profissional dedicada ao SUS orientada pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, atuando em distintos territórios rurais do Ceará, ora na atenção à saúde, na gestão de serviços de saúde, em processos de ensino-aprendizagem e na pesquisa.

Destaco que nos últimos oito anos, tenho me dedicado à pesquisa e ao ensino em saúde-ambiente-trabalho no contexto da APS, com foco **nas necessidades de saúde nos contextos rurais**. Estes aspectos servem como um eixo orientador da busca de uma compreensão do momento histórico presente, como também uma tentativa de tecer aproximações com os novos paradigmas que possam auxiliar no campo teórico, epistemológico e metodológico a desenvolver *processos*

geradores de saúde para além dos processos intervenientes na saúde, instituído pelo Estado, por meio dos serviços de saúde numa interação com a sociedade no contexto histórico, político, social e cultural.

Este percurso permitiu-me deparar com diversas questões que me impulsionaram a indagar: *que contribuições podem trazer os pensamentos da complexidade e da ecologia de saberes para processos geradores de saúde?*

Entendo que processos geradores de saúde requerem práticas de saúde emancipatórias. Considerando que as populações são alvo das práticas de saúde hegemônicas autoritárias e normativas, reconheço no campo da saúde coletiva o desafio a tecer um percurso que, no meu imaginário, pode ser relevante para uma nova prática, em especial na ESF.

Estou num processo de iniciação, imaginação, invenção de um modo de pensar que articule saberes e práticas, tendo como referência novas epistemologias, referidas no paradigma emergente que possam trazer contribuições à saúde coletiva – lugar da minha atuação no âmbito acadêmico.

Reconheço, primeiramente, o meu limite neste campo, mas também o esforço empreendido na tessitura de novas sinergias. Ao que me parece não há dissenso sobre o que é saúde coletiva e suas bases pelo conjunto de autores do campo. Vale destacar a contribuição de Porto, Rocha e Finamore (2014) que apresentam uma visão crítica e histórica da construção da saúde coletiva. Segundo os autores a redemocratização do País caminhou *pari passu* com o movimento sanitarista, com a criação da Abrasco e do SUS. Reconhecem, contudo que, há por vezes veladamente, resistências e críticas ao modelo da medicina social latinoamericana, sem destruir os pilares do campo da Saúde Coletiva e do SUS (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014).

Os autores defendem que as tensões entre os polos estrutural crítico e biomédico tendem a se diluir por uma convivência acrítica e reforçam que a crescente especialização do campo, bem como a sua legitimação acadêmica na CAPES e as discussões específicas como financiamento e mecanismos de gestão do SUS, formaram uma agenda que pouco contribuiu para revitalizar os referenciais críticos e as práticas criativas que fundaram a Saúde Coletiva (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014).

Neste contexto, principalmente nas últimas três décadas houve o reconhecimento da crise socioambiental e dos riscos ecológicos globais e ressurgiram ou emergiram os movimentos sociais que trouxeram novas bandeiras e sujeitos políticos à luta social tais como: enfrentamento de questões de gênero e sexualidade, étnicas, contra o racismo e o machismo, pela reforma agrária, direito à cidade, dentre outros (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014).

A saúde coletiva não se encontra imune às crises institucionais da sociedade contemporânea e a saúde pública institucionalizada continua refém da regulação, enfrentando a crise entre mais mercado, mais Estado ou mais comunidade. Vale salientar que neste contexto a saúde coletiva está aberta a novos paradigmas em uma luta contra hegemônica a favor da emancipação (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, 2014).

A saúde coletiva consiste num campo de conhecimento que estuda os fatos da saúde e doença humanos na população brasileira como processo social investigando a dinâmica das doenças na sociedade como fluxos de reprodução social. Busca compreender, desta forma, as práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais, analisando as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, na intenção de explicá-los e enfrentá-los, por meio da constituição, organização e sustentação de um campo social específico (ALMEIDA FILHO, 2011).

Almeida-Filho e Paim (2014) afirmam que a Saúde Coletiva, enquanto campo científico:

[...] pode reforçar os paradigmas disciplinares hegemônicos, reproduzindo uma “ciência normal” subordinada às políticas de publicação de periódicos internacionais e ao *mainstream* da Saúde Pública mundial, ou enfrentar novos problemas, questões e desafios de investigação a partir da articulação de seus eixos estruturantes em uma perspectiva inovadora, interdisciplinar ou transdisciplinar. (p. 45, 2014).

Estes autores reforçam ainda que:

A saúde coletiva é caudatário de outros territórios de ação humana organizada, como âmbitos da prática social das Políticas Públicas e da Saúde Ambiental, de ação tecnológica da clínica, definido-a enquanto Atenção à Saúde Individual, bem como campos disciplinares da Matemática/Estatística e das Ciências Humanas e Sociais. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014, p. 44).

A saúde coletiva consubstancia-se de práticas transdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e transeitoriais, sendo essencial sua participação ativa na **transição epistemológica**, começando por se contrapor radicalmente ao paradigma mecanicista e individualizador hegemônico no campo (ALMEIDA FILHO, PAIM, 2014).

Esta tese está vinculada ao Programa de Doutorado em Saúde Coletiva na área de concentração de Política e Gestão em Saúde e visa a ser crítica à saúde coletiva, não em termos de discuti-la teoricamente, porém na apresentação deste produto - tese - numa vertente contra hegemônica do ponto de vista epistemológico, metodológico e científico no âmbito da saúde coletiva. Situa-se, portanto, nesta perspectiva de exercitar esta participação ativa na transição epistemológica que concordo ser necessária à saúde coletiva, e, conseqüentemente a mim, como sujeito que se soma na construção deste campo.

Considero oportuno ressaltar também o pensamento de Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) quando salientam que “[...] o aspecto central de objetividade no conhecimento científico jamais pode ser confundido com a neutralidade política ou irresponsabilidade social na prática científica [...] (p.43)”, reconhecendo que o direcionamento das pesquisas e sua aplicação são coisas um tanto distintas do momento cognitivo propriamente dito (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Quero em consonância com o exposto tecer uma aproximação com os ensinamentos de um dos pensadores das epistemologias do sul, em especial, a ecologia de saberes e da complexidade e discutir como estes apontam subsídios para os enfrentamentos necessários à efetivação do direito à saúde como expressa a Constituição Federal brasileira.

Concordo com Santos (2010) de que a **injustiça social global está intimamente ligada à injustiça cognitiva global**, sendo essencial, portanto, que a **luta pela justiça social seja também uma luta pela justiça cognitiva global**. E como recomenda Santos (2010), esta *luta exige um novo pensamento, um pensamento pós abissal* e como dito por Edgar Morin uma *reforma do pensamento, um pensamento complexo*.

Ambos os autores citados acima defendem a ruptura da relação sujeito-objeto, que nesta tese teve como base para tal o **método autobiográfico**. Josso (2010) afirma que o método das narrativas de vida torna-se “[...] um suporte para a

tomada de consciência do sentido da sua formação atual em sua trajetória, das exigências e das margens de manobra presentes no agir e no pensar atuais do estudante.” (JOSSO, 2010, p. 130). A autora ensina que a narrativa visa em primeira instância a “[...] uma perspectiva sociopolítica, oferecendo uma oportunidade de reapropriação do desenvolvimento pessoal e sociocultural.” (JOSSO, 2010, p. 134). Além disso, possibilita enriquecer o discurso descritivo-interpretativo do autor, estudante em processo de formação, sendo fundamental que se aceite a ideia de que:

[...] o conhecimento é o fruto de uma tomada de consciência da dimensão histórica da formação do humano, enquanto este cria uma cultura que organiza – e, portanto transforma – suas condições físico-biológicas de sobrevivência, a elaboração dos saberes constitutivos desse conhecimento não poderia realizar-se num pseudodistanciamento da vida concreta, mas bem ao contrário, deve inscrever-se no centro desta, para que a compreensão e explicação sejam uma emergência dela, e informando, transforme a cotidianidade. (JOSSO, 2010, p. 103, grifo nosso).

Concluo esta parte, portanto, apostando no desafio de centrar meu esforço interpretativo acerca dos temas expostos nesta tese na colaboração da proposição deste pensamento. Espero (re)conhecer o potencial do paradigma emergente, mais especialmente a ecologia de saberes e trazer esta reflexão no âmbito da saúde coletiva, a partir da experiência na ESF/SUS.

O texto foi organizado em partes que se entrelaçam na tentativa de dar clareza a esta elaboração teórica por meio de uma forma não convencional adotada nas teses acadêmicas, mas com um rigor e um apreço pela qualidade dos escritos com vistas a facilitar a sua leitura.

Percorri um caminho que dialoga com a minha prática, com a experiência na saúde e a necessidade de conhecer, aprofundar conceitos e propor novas perspectivas à saúde coletiva, em especial a ESF, por meio de uma ecologia de saberes. Esta ecologia de saberes teve como passos essenciais a narrativa autobiográfica e a análise crítica dos referenciais teóricos do tema em foco em diálogo com o pensamento do paradigma emergente.

Em relação às partes, primeiramente este preâmbulo que aponta brevemente os conceitos que permeiam a tese. Na sequência a primeira *parte* propriamente dita, em que situo os itinerários, as veredas e os percursos percorridos em termos metodológicos para elaboração desta tese, que tem como marca central

ancorar-se numa metodologia instigante e crítica das produções acadêmicas, procurando tecer um texto que na sua essência seja uma ecologia de saberes.

Em seguida a *segunda parte*, que aborda os principais aspectos da política de saúde brasileira em tempos atuais. Apresento o SUS, entrelaçado às noções de direito à vida e à saúde, perpassando pelo tema do desenvolvimento no Estado capitalista. Trago também o tema das necessidades de saúde e da promoção da saúde por considerar estes eixos centrais para uma prática emancipatória na ESF, expondo a defesa de uma abordagem crítica, para avançar numa leitura de necessidades de saúde territorializadas com o intuito de efetivamente realizar ações promotoras de saúde nos territórios.

Na *terceira parte* adentro ao sertão cearense entremeando o contexto territorial do semiárido, ou seja, o campo/sertão, que constitui a minha identidade de lugar, e, portanto, de cuidar do humano, como parte integrante do processo de trabalho na ESF. Explicito minhas percepções acerca da prática no serviço de saúde, resgatando as lembranças que estão vivas na memória, a partir das minhas interrogações de pesquisa e do processo que vivi que resultou na minha atuação atual na pesquisa em saúde coletiva.

Estas partes entrelaçam um universo conceitual da determinação social da saúde, dos territórios vulnerabilizados com a experiência no serviço de saúde e na pesquisa, com vistas a tecer reflexões críticas sobre o modelo de atenção e elucidar elementos no pensamento de Boaventura de Sousa Santos que subsidiam teoricamente, epistemologicamente e metodologicamente uma abordagem do modelo de atenção em saúde prioritário no SUS, que é a ESF, ainda que não hegemônico para reorientar o cuidado e as práticas de saúde.

Na *quarta parte evidencio a epistemologia e a ciência de forma autorreflexiva e autobiográfica*, em diálogo com as múltiplas dimensões que favoreceram a minha aproximação com a ciência com consciência de Edgar Morin e a contra-epistemologia de Boaventura, em especial a ecologia de saberes. Estas dimensões relacionam-se ao conhecimento humano gestado na experiência da vida, numa perspectiva que se contrapõe à monocultura do saber e reconhece a pluralidade de aprendizagens (saberes) constituídas a partir de uma identidade cultural, da inserção nos processos educativos/formativos, como educanda e educadora.

Estes pensamentos e experiências que conformaram a ecologia de saberes que exponho ao longo da tese serviram de base para a proposição da *quinta parte*, que sintetiza pontos críticos das práticas de saúde na Estratégia Saúde da Família. Sugiro para avançar no reconhecimento das necessidades de saúde no contexto rural e constituir uma visão de saúde, que promova saúde e práticas emancipatórias na ESF a busca do interconhecimento, por meio do exercício da ecologia de saberes.

PARTE I DELINEAMENTO METODOLÓGICO: ENTRELAÇANDO E TECENDO CONEXÕES COM VISTAS AO CONHECIMENTO EMANCIPAÇÃO

Seção 1: Inquietações, indagações e críticas acerca do método científico.

Caminante

*Caminante, son tus huellas el camino y nada más;
Caminhante, no hay camino, se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino, e al volver la vista atrás se ve la senda que nunca se há de volver a pisar.
Caminhante, no hay camino sino estelas em la mar.*

Antonio Machado

Figura 2: Fotografia “Vaqueiro” do Fotógrafo brasileiro Araquém Alcântara.



Fonte: Disponível no google imagens.

Início este capítulo metodológico, com a poesia de Antonio Machado - *caminhante* -, e, também, com a fotografia vaqueiro, do fotógrafo Araquém Alcântara,

para explicitar que a minha reflexão acerca do método científico, considera a pluralidade de possibilidades não científicas. Considero essencial na escrita desta tese o reconhecimento das potencialidades das múltiplas linguagens, como formas de expressão e de tradução de outros aspectos também integrantes da realidade que o conhecimento científico tentar elucidar e explicar.

Reflito primeiramente, a partir da fotografia vaqueiro: quem guia? O vaqueiro? Aonde serão levados o vaqueiro e o cavalo? O que é mais essencial neste movimento do vaqueiro e do cavalo? Chegar ao destino? Percorrer o caminho? É possível uma alteração do trajeto desejado pelo vaqueiro se a natureza impuser o inesperado - algo que faça o cavalo não seguir as rédeas, nem as esporas e seguir um outro caminho, até mesmo sem o homem...

É presumível que o incerto, o imprevisto, estão presentes neste movimento, que integra o caminho, o vaqueiro e o cavalo, e os desconhecidos e conhecidos, que estarão à beira, ou no meio do caminho, que poderão ditar outros rumos e percursos para o vaqueiro e para o cavalo. O fotógrafo, por exemplo, que registrou a beleza do movimento deste momento, que pode dizer sobre tudo o que está expresso nesta fotografia?

Aceitando e considerando as incertezas próprias dos caminhos como ensina Antonio Machado procurei encontrar a forma de materializar nesta tese, um percurso metodológico, que integre elementos constitutivos da diversidade e da complexidade, que, a meu ver é uma exigência das abordagens que se esforçam no sentido de ampliar a sua compreensão acerca da vida humana.

Preciso ter a clareza, de que a utilização do método científico é objeto inerente e desafiante de quem escreve à luz da ciência. Exatamente, por isso, cabe o uso de método científico de forma crítica pelos cientistas, e não somente a mera reprodução de seus mecanismos. Acredito que é necessário perceber as inconsistências, as incoerências e lhes conferir certa tensão para que se renove e se recrie o método.

Santos (2009) afirma que a ciência moderna possibilitou a consagração como sujeito epistêmico, contudo retirou o sujeito empírico, que por ser exterior, tornou-se um objeto, sendo, portanto, a base desta ciência a distinção dicotômica entre sujeito e objeto.

Destaca o autor que “[...] a ciência moderna existe num equilíbrio delicado, entre **a relativa ignorância do objeto do conhecimento e a relativa ignorância das condições de conhecimento** que pode ser obtido sobre ele”. (SANTOS, 2009, p. 82, grifo nosso). Refere, ainda, que a separação entre sujeito e objeto do conhecimento se dá, portanto, num processo de cumplicidades não reconhecidas (SANTOS, 2009).

Reforça também, Santos (2009), que os métodos científicos são consubstanciados, como argumentos cuja sequência e a técnica de apresentação são da competência do cientista, sendo, portanto, o conhecimento científico, intrinsecamente pessoal. Tomando como base os ensinamentos de Michel Polanyi (1962) e Paul Feyerabend (1982), Santos (2009) destaca que:

[...] os métodos científicos, tal como a filosofia da ciência os define, são um resumo árido e deturpador da utilização concreta de métodos feita por cientistas concretos. Os métodos são ambíguos, e o seu uso é aceite apenas com base em muitas premissas de assentimento no seio da comunidade científica, as quais constituem a “componente tácita” do conhecimento. Pode, assim, concluir-se que a **verdade científica é uma ‘verdade fiduciária’ baseada na determinação da credibilidade dos cientistas e da genuinidade das suas motivações**. (SANTOS, 2009, p.101, grifo nosso).

Com efeito, o autor evidencia como uso das metodologias da antropologia cultural e social, de um lado foram articuladas, e, por outro lado com as metodologias da sociologia, com vistas a harmonizar, em certa medida, a distinção epistemológica entre sujeito e objeto. O autor afirma:

Na antropologia, a distância empírica entre sujeito e objeto era enorme. O sujeito era o antropólogo, o europeu “civilizado”, o objeto era o povo “primitivo” ou “selvagem”. Neste caso, a distinção, empírica e epistemológica, entre o sujeito e objeto era tão gritante que a distância teve de ser encurtada através do uso de metodologias que obrigavam a uma maior intimidade com o objeto, nomeadamente o trabalho de campo etnográfico e a observação participante. Na sociologia, pelo contrário, era pequena ou mesmo nula a distância empírica entre o sujeito e o objeto: eram cientistas “civilizados” a estudar seus concidadãos. Neste caso, a distinção epistemológica obrigou a que esta distância fosse aumentada através do uso de metodologias de distanciamento: por exemplo, os métodos quantitativos, o inquérito sociológico, a análise documental e a entrevistas estruturada. (SANTOS, 2009, p. 82).

O referido autor reexamina a distinção entre sujeito e objeto de forma a aprofundar o que esta ocasionou e refere que este processo reforçou a *distinção entre o humano e o não-humano epistemológico*, sendo que este último pode ser tanto a

natureza como a sociedade, conforme explicita Santos (2009). O autor propositor e defensor de um **conhecimento emancipação** reforça que:

Esta desumanização do objeto foi crucial para consolidar uma concepção do conhecimento instrumental e regulatória, cuja forma do saber era a conquista do caos pela ordem. Do ponto de vista do **conhecimento emancipatório, a distinção entre sujeito e objeto é um ponto de partida nunca um de chegada. Corresponde ao momento da ignorância, ou colonialismo, que é nada mais nada menos do que a incapacidade de estabelecer relação com o outro a não ser transformando-o em objeto. O saber enquanto solidariedade visa substituir o objeto-para-o-sujeito pela reciprocidade entre sujeitos.** (SANTOS, 2009, p.83, grifo nosso).

O autor assume uma postura ética de que no conhecimento emancipação a união e a integração do pesquisador e objeto de estudo são aspectos relevantes e presentes para se enfrentar os grandes desafios que estão postos para a humanidade. Esta visão aproxima e redireciona o método de forma radicalmente diferente do que está em vigência no paradigma hegemônico. Assume, portanto um compromisso com uma ciência pautada na legitimidade do Ser humano e das suas criações comprometidas com a vida. O autor apresenta, neste sentido, assumidamente o caráter autobiográfico na produção do conhecimento emancipação, como pode ser lido nas suas palavras:

No paradigma emergente, o caráter autobiográfico do conhecimento-emancipação é plenamente assumido: **um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos.** Não se trata do espanto medieval perante uma realidade hostil possuída do sopro da divindade, mas antes da **prudência perante um mundo, que apesar de domesticado, nos mostra cada dia a precariedade do sentido da nossa vida,** por mais segura que esta esteja quanto à sobrevivência, sendo certo que para a esmagadora maioria da população mundial não o está. (SANTOS, 2009, p.84, grifo nosso).

O autor aprofunda o debate acerca do método científico, apontando que:

A crítica do método não pode ser feita sem uma crítica do estilo. Nem o estilo é apenas o hábito, nem o método é apenas o monge. Ambos são as duas coisas. **Contudo, a crítica do método científico não tem sido igualada por uma crítica do estilo científico, quer quanto ao discurso, quer quanto ao comportamento e atitudes.** Isto deve-se, provavelmente, ao facto de que a crítica da ciência tem sido feita, sobretudo, por cientistas que escrevem em revistas científicas, normalmente com violações do método que com violações do estilo. (SANTOS, 2014, p.125, grifo nosso).

Estes aspectos aprofundados por Santos (2009; 2014) trazem uma leitura histórica do estabelecimento da ciência moderna, e como se concretizou a sua hegemonia, reconhecendo a necessidade de crítica e apontando novas possibilidades, a exemplo do conhecimento emancipação. Destaca Santos (2014), que desde o século XVII no continente europeu o discurso erudito tem travado uma

“[...] guerra santa contra o discurso poético e contra o seu dispositivo mais importante, a metáfora. Daí que pouca gente, hoje em dia, cultive metáforas nos seus jardins. A uns faltam as sementes, a outros os utensílios; a maior parte não tem sequer jardins. (SANTOS, 2014, p.125).

O autor avança no seu pensamento postulando que a literatura e a ciência, ambas transformam os fatos empíricos em artefatos, apesar das construções se darem de formas bem diferentes (SANTOS, 2014). Com efeito, destaca que:

[...] essa diferença se baseia numa semelhança igualmente crucial, ou seja, no fato de tanto **a literatura como a ciência possuírem estruturas construtivas próprias para darem conta do mundo**. Num período de transição paradigmática faz todo o sentido acentuar (e clarificar) a semelhança em lugar da diferença. (SANTOS, 2014, p.107, grifo nosso).

Na tentativa de clarificar as semelhanças o autor apresenta como foram desenvolvidos pela teoria literária e pela epistemologia os “tipos ideais”, entre aspas, conforme escreve o autor, em ambas. A partir do exposto sustenta que *a formação científica é descontínua tanto no momento em que ocorre, como no momento em que é recordada*, e justamente por isso “[...] qualquer texto escrito constitui sempre uma ponte entre (pelo menos) dois tempos.” (SANTOS, 2014, p.119). Precisamente “[...] é uma ponte entre diferentes percepções, cuja relação entre si chamamos identidade.” (SANTOS, 2014, p. 119).

Estes ensinamentos de Boaventura de Sousa Santos me encorajam no desenho metodológico que desenvolvo nesta tese. Reconheço, de imediato, as possíveis e desejáveis dificuldades de operacionalizar um desenho metodológico coerente com o paradigma emergente, como também a minha imaturidade na pesquisa, que precisa percorrer aspectos relativos a autobiografia e a teoria a partir de uma contra epistemologia. Contudo, o contexto no qual estou inserida e os temas em questão nestes escritos clamam por uma perspectiva criativa em termos de método, exercitando uma prática necessária como pesquisadora implicada na saúde coletiva.

Esta tese, por sua vez, no meu entendimento, busca uma prática de ecologia de saberes, enquanto uma contra epistemologia, que dá possibilidades de

integração e interação empiria-teoria, com inovações metodológicas. Não estou teorizando sobre a ecologia de saberes, mas estou assumindo-a como o modo de praticar ciência nesta tese.

Contudo é necessário dizer que isto só é possível para mim, porque adoto como premissa o pensamento complexo. Acato a reforma do pensamento proposta por Edgar Morin como subsídio para romper com uma forma de pensar que separa, para uma forma de pensar que reúne. Isto me ajuda a articular um pensamento que percebe as possibilidades de integração sujeito-objeto neste texto.

Reconheço, primeiramente, que é necessário escolher um recorte, que deve ser suficientemente adequado para a produção de um texto científico, mas que tenha abertura para uma interlocução com outras linguagens. Delineei um trajeto de pesquisa, e, constituí um esforço para avançar num percurso em direção ao fim, que, de pronto não é conhecido, mas que se constitui como uma imagem-objeto.

Identifico, contudo, alguns desafios: articular o conhecimento científico à adoção das múltiplas linguagens, a saber: fotografia, poesia, música e pintura na tessitura de um texto, que se esforça no sentido de romper com um estilo dito científico para um estilo que se aproxime da ecologia de saberes; e o imbricamento destas linguagens com a empiria, apresentada, a partir de uma narrativa, ou de um ensaio narrativo, que coloca o autor numa hermenêutica dialética e temporal frente ao cotidiano da *práxis*.

Destaco que estas linguagens fazem parte de um conhecimento que fui aprendendo ao longo da minha trajetória de vida, que expressam um saber, que não conseguiria ser explicitado no estilo do texto acadêmico. Estas linguagens traduzem um saber cultural, que foi se constituindo na identidade de pessoa-sertaneja.

Neste texto, portanto, entremeio a empiria que reconheço como estruturante e fundante da ação de pesquisa, advinda de um ensaio narrativo, a um debate teórico-conceitual, consubstanciado em uma base epistemológica, que é o pensamento de Boaventura de Sousa Santos.

Este processo de produção do conhecimento científico, sem abdicar da beleza e da sabedoria proporcionada por outras formas de ver a realidade dialoga com a crítica que tem sido pautada no âmbito da saúde coletiva, acerca da ciência moderna e os seus limites. Um exemplo desta crítica é a produção do *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde (2015)*, que, foi um dos livros

mais vendidos da Abrasco e, está escrito nesta perspectiva de congregar diversos esforços de pesquisadores e movimentos sociais na produção científica de uma nova ciência, ou ciência engajada. Não se trata de negar a contribuição da epidemiologia, no campo da saúde coletiva, mas de reconhecer outras contribuições metodológicas.

A parte 3 intitulada: Agrotóxicos, conhecimento científico e popular: construindo a ecologia de saberes, apresenta uma visão crítica acerca da ciência brasileira. Este livro foi elaborado por pesquisadores do tema saúde-ambiente e trabalho, que pesquisam principalmente os impactos dos agrotóxicos à saúde humana e movimentos sociais camponeses.

O referido documento afirma reconhecer no campo científico elementos do produtivismo tayloristafordista. Relembra que Taylor constatou as dificuldades de implantação do seu sistema de controle da produtividade no processo de trabalho, porque os trabalhadores na época se negaram a aceitá-lo. Taylor, por sua vez adotou como estratégia monetarizar a imposição, e experimentar na fábrica da Ford a contratação de jovens trabalhadores, que seriam remunerados de acordo com a sua produtividade, contabilizada em número de peças, auferida e comparada pelos cronometristas - que então podiam ir elevando os patamares, à medida que a resposta era favorável (AUGUSTO *et al.*, 2015).

O *dossiê abrasco* de forma provocativa indaga aos pesquisadores: poderíamos ler em nosso contexto atual alguns indicadores de premiação monetarizada da obediência aos valores do sistema de avaliação, por exemplo, através da *bolsificação* do trabalho docente (em tempos de bolsificação também da pobreza em nosso país)? Qual o impacto disto em nossa capacidade de reflexão, de crítica e de contestação? Ou a resposta seria a subordinação? (AUGUSTO *et al.*, 2015). E, por fim reforça:

Se os sujeitos acadêmicos da produção do conhecimento são prejudicados, certamente também o é a própria produção: vale a pena abraçar objetos de estudo complexos – como é a realidade? Não é mais prático recortar, simplificar, reduzir? Os necessários diálogos interdisciplinares não demandam um tempo de maturação prejudicial à produtividade exigida, e não complicam o acesso às revistas científicas? Não é melhor eleger estratégias de publicação que resultem num número maior de artigos, a despeito de desconfigurar a totalidade do objeto investigado? Estamos construindo uma *fast-science*, ferida por um pragmatismo que releva a fragmentação do conhecimento produzido, e tende a afastá-lo cada vez mais da complexidade do real, reduzindo as possibilidades de que ele dialogue com os reais problemas da sociedade e venha a contribuir para melhor compreendê-los ou ajudar a solucioná-los. (AUGUSTO *et al.*, 2015, p. 230).

A meu ver, em se tratando de produção de conhecimento emancipatório, não se ganha com o produtivismo científico, sendo acertadamente incertos os resultados desta lógica. Fulgura um paradoxo no campo da saúde coletiva, que tem como hegemonia, a epidemiologia, que está assentada na ciência clássica, onde se coadunam distintas visões de mundo: por um lado o movimento sanitário e o ideário do sistema defendido pela saúde coletiva, como movimento, que tem como princípios a justiça e equidade, trazendo para o SUS, o desafio de dialogar com temas complexos da realidade em termos de práticas e de pesquisas; e por outro lado a adesão à atual política de produtividade científica, que regulamenta e normatiza a produção científica em que são pontuados a relevância do conhecimento produzido, a depender do periódico onde tal estudo foi publicado.

Desconsidera-se, que o acesso a tais periódicos, por exemplo, é muito mais para os pesquisadores já reconhecidos, e, que jovens pesquisadores, que podem inovar e produzir novos conhecimentos tem muito mais limites na concorrência, sendo, portanto, esta uma questão que remete a invisibilidade de um determinado grupo de pesquisadores, que não interessa ao padrão hegemônico.

Devo dizer que, além de apresentar uma tese de doutorado, entre os meus anseios, está o de contribuir com o Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, no qual estou vinculada com um debate teórico-metodológico que tencione para novas rupturas no modo de pensar e fazer saúde.

Outro aspecto que me condicionou a buscar outras referências teórico-metodológicas relacionou-se à minha curiosidade acadêmica, como também à busca de me aproximar um pouco das ciências humanas e sociais, como a Educação e a Sociologia. Isto, porque acredito que estes campos disciplinares podem ampliar sobremaneira a minha atuação como pesquisadora na saúde coletiva, que desenvolve pesquisas voltadas para grupos populacionais vulnerabilizados.

Seção 2: Autobiografia como um passo rumo ao conhecimento emancipatório.

Entre as diversas possibilidades metodológicas e os incontáveis desafios em dialogar com os métodos advindos das ciências sociais e humanas, no âmbito da saúde coletiva, optei pela autobiografia como um passo essencial na busca da ecologia de saberes. Esta escolha está relacionada com a minha visão de que a aprendizagem humana se dá no cotidiano da vida pessoal e profissional, permeada por uma necessidade de saber essencialmente humana.

O diálogo com Boaventura de Sousa Santos me auxilia na compreensão do que significa autobiografia. Esta abordagem tem sido questionada na visão do autor, “*devido à relativa predominância de elementos não ficcionais (empíricos) nela.*” (RENZA, 1977, p. 1 *apud* SANTOS, 2014). Com efeito a escolha metodológica que adoto relaciona-se à necessidade de apreender novos métodos, enquanto pesquisadora, como também se assenta num saber consolidado na prática, que reconhece os limites de diversas perspectivas metodológicas e tende a perscrutar novas possibilidades para fazer ciência com compromisso ético e humano.

Explicita Santos (2014) que o estatuto científico da ciência social tem sido discutido “[...] devido à relativa predominância nela de elementos ficcionais (pessoais, políticos, axiológicos).” (SANTOS, 2014, p.107). Conclui o autor, apontando que foi deixado de fora, o que denomina de entidades mistas, onde estariam fundidos os elementos literários e científicos. Neste sentido pondera:

É possível que uma dessas entidades mistas seja precisamente o ensaio autobiográfico sobre a história científica pessoal. **Aí, na fronteira da fronteira, a amálgama de elementos pode atingir uma complexidade tal que acaba por constituir um *tertium genus* entre ciência e literatura.** (SANTOS, 2014, p.107, grifo nosso).

Refere Santos (2014) do quão importante é o desenvolvimento de “[...] um método autobiográfico nas ciências sociais como um meio para testar novas respostas para questões comuns à ciência e à literatura.” (SANTOS, 2014, p.107). Acredita Santos (2014) que “[...] **o desenvolvimento desta linha autobiográfica poderia conduzir à emergência de novos estilos de escrita, formas sincréticas/sintéticas de expressão científica e literária**”. (p.107, grifo nosso).

Defende que a auto invenção, nunca é arbitrária, quando realizada de forma autêntica, consistindo numa reconstrução de uma memória diluída, é em síntese, a memória da memória (SANTOS, 2014). Neste sentido Renza (1977) *apud* Santos (2014) fornece elementos interessantes sobre o texto autobiográfico e o autobiógrafo, conforme descrito a seguir em suas palavras:

[...] um determinado texto autobiográfico manifesta, normalmente, os esforços espontâneos, “irônicos” ou experimentais, do escritor para situar o seu passado dentro do âmbito intencional deste projecto narrativo. O autobiógrafo não pode senão sentir a sua omissão de factos de uma vida cuja totalidade ou complexidade constantemente lhe escapa, e isto mais ainda quando o discurso pressiona no sentido de ordenar esses factos. Directa ou indirectamente contaminado pela presciência da incompletude, ele cede a sua vida a um “projecto” narrativo que está em tensão com os seus próprios postulados, sendo o resultado um texto autobiográfico cujas referências surgem aos leitores numa moldura estética, isto é, em termos da disposição ‘ensaística’ própria da narrativa, e não nos termos da sua verdade ou falsidade não-textuais” (RENZA, 1977, p.3, *apud* SANTOS, 2014, p. 113).

Ressalta Santos (2014) que o texto autobiográfico, tal qual o texto científico constitui-se por um conjunto de referências que são apresentadas numa moldura específica, a qual denominamos de científica. Reforça o autor, neste sentido, que assim é denominado o texto científico, em termos da disposição “ensaística” própria da narrativa científica e não nos termos de uma verdade ou falsidade não –textuais.

Neste sentido, postula Santos (2014) que se pode admitir “[...] toda a ciência como “*Science fiction*”, ou melhor como “*realit fiction*”.” (p.113). Destaca ainda, que em um mesmo texto, pode conter variações quanto à distância entre o “ficcional” e o “factual”. Portanto é fundamental compreender que “[...] a relação entre o acto de significação (o próprio texto) e o objeto de significação (memória, realidade) varia no interior dessa moldura.” (SANTOS, 2014, p.114).

Considerando o exposto, faz-se necessário a clareza e o reconhecimento de algumas questões: primeiramente, “até que ponto o meu passado ou a realidade social me são acessíveis”, e que condicionamentos existem nas formas utilizadas, de produção do texto, enquanto meio ou moldura específica para responder a indagação primeira (SANTOS, 2014).

Ressalta o autor, que o meio simultaneamente une e separa, e que a moldura simultaneamente liga e desliga, portanto fica-se entregue “[...] à possível discrepância entre aquilo que o meu texto científico divulga do meu passado (ou da realidade social que estudo) e aquilo que esse passado (e essa realidade social)

significa para mim.” (SANTOS, 2014, p. 114). Mais um elemento é saber “até que ponto um determinado texto é verdadeiro ou factual” deve ser sempre complementado por outra interrogação: *comparado com o quê?* (SANTOS, 2014).

Um aspecto central refere-se à estrutura temporal de um relato como está intimamente relacionada com a questão do autor. A dialética temporal específica da autobiografia reside no fato de o autor, embora escrevendo sobre o passado, procurar elucidar o seu presente, e não o seu passado. Ao fazê-lo, porém, cria uma distância em relação ao presente e, no fundo, escreve em nome do futuro. Assim, o texto, ainda que muito consciente do tempo, torna-se relativamente atemporal (SANTOS, 2014; JOSSO, 2002).

Santos (2014) sugere que, tanto no interior do processo científico como do texto autobiográfico está presente a descontinuidade do autor, visto que o tempo pessoal do cientista não é uma sequência homogênea, é intrinsecamente irregular e incoerente, e isso reflete-se no seu desenvolvimento científico.

Josso (2002), por sua vez, destaca que o processo auto reflexivo obriga a um olhar *retrospectivo e prospectivo*, que necessariamente tem de ser compreendido como *uma atividade de auto interpretação crítica e de tomada de consciência da relatividade social, histórica e cultural* dos referenciais interiorizados pelo sujeito, constitutivos da dimensão cognitiva da sua subjetividade (JOSSO, 2002).

A autora afirma que as recordações-referências são simbólicas do que o autor compreende como elementos constitutivos da sua formação. Significa neste sentido, uma dimensão concreta ou visível, que apela para as percepções ou para as imagens sociais, e uma dimensão invisível que apela para as emoções, os sentimentos, o sentido ou os valores do autor (JOSSO, 2002).

Estas recordações-referências são consubstanciadas na experiência, que conforme dito em suas palavras:

São as experiências que posso utilizar como ilustrações para descrever uma transformação, um estado das coisas, um complexo afectivo, uma ideia, mas também uma situação, um acontecimento, uma atividade ou um encontro, que são contadas numa história, uma história que me apresenta ao outro em formas socioculturais, em representações, conhecimento, valorizações que são diferentes formas de falar de mim, das minhas identidades e da minha subjetividade. Assim a construção da narrativa de formação de cada indivíduo conduz a uma reflexão antropológica, ontológica e axiológica. (JOSSO, 2002, p.29, grifo nosso).

A autora coloca as experiências formadoras como processo de conhecimento, afirmando que o processo de formação se dá a conhecer por meio dos desafios e apostas nascidos na dialética entre a condição individual e a condição coletiva. Ocorre, portanto, que a inovação nasce de individualidades inquietas, contudo os procedimentos da sua legitimação social são testemunho da tensão frágil entre a tradição (perpetuação de experiências conhecidas) e modernidade (abertura para outra experiência) (JOSSO, 2002).

A autora identifica as seguintes tensões dialéticas, ditas como: *uma capacidade de reações programadas/uma capacidade de iniciativa; uma capacidade de identificação/uma capacidade de diferenciação; uma capacidade de submissão/uma capacidade de responsabilização; uma capacidade de orientação imitativa de modelos culturais/ uma capacidade de orientação aberta ao desconhecido.*

Estas capacidades humanas, na minha visão permitem diálogos contraditórios, que nos mobilizam a um *saber-ser* e um *saber-fazer*, em espirais constituídos de tensões e reflexões entre o interior (indivíduo) e o exterior (ambiente), mediatizadas pelo ambiente, pela cultura e pela sociedade.

A autora alerta que a **descrição dos processos de formação e de conhecimento**, permitem

[...] reagrupar o que foi aprendido em termos de transações possíveis consigo próprio, com seu ambiente humano incluindo objetos simples e complexos, e com seu ambiente natural, oferecendo igualmente os marcos indispensáveis para um diálogo entre autores e narrativas. (JOSSO, 2002, p.31).

Na perspectiva apontada, diz a autora:

A narrativa de um percurso intelectual e de práticas de conhecimento põe em evidência os registros da expressão dos desafios de conhecimento ao longo de uma vida. Esses registros são precisamente os conhecimentos elaborados em função de sensibilidades particulares para um dado período. (JOSSO, 2002, p.31).

Josso (2002) identifica como a *qualidade essencial de um sujeito em formação*: **a sua capacidade de integrar todas as dimensões do seu ser**: estas dimensões que compõem o ser e precisam ser integradas estão ligadas ao **conhecimento**: dos seus atributos de ser psicossomático e de saber-fazer consigo próprio; de suas competências instrumentais e relacionais e de saber-fazer com elas;

e das suas competências de compreensão e de explicação e do saber-pensar (JOSSO, 2002).

Considera também, a autora, que o conhecimento de si procura envolver os diferentes modos de estar no mundo. Ou seja, como me projeto nele e como fazê-lo na proporção do desenvolvimento da capacidade humana para multiplicar, alargar e aprofundar as sensibilidades. Considerando tais aspectos para mim e para o mundo, com o intento de questionar as minhas categorias mentais na medida em que se inscrevem numa historicidade e numa cultura (JOSSO, 2002).

Afirma ainda a autora que um dos desafios da abordagem biográfica é “[...] uma prática epistemológica do sujeito cognoscitivo que sirva de referência prévia a toda e qualquer aprendizagem intelectual” (JOSSO, 2002, p.91). Com efeito, reconheço que a interpretação científica me permite apurar a faculdade de conhecer e de aprender.

Em sendo, portanto, neste momento, eu - sujeito aprendente, como denomina Josso (2002) - o sujeito em processo de formação e de conhecimento sou também, sujeito que invoca novos aprendizados *na, com a e para a* pesquisa em saúde coletiva com foco na estratégia saúde da família.

Considerando o exposto sobre autobiografia, e tomando como base os ensinamentos teóricos de Josso (2002) e Santos (2014) anuncio um itinerário metodológico que percorri na produção desta tese, que talvez resulte num sincretismo, como dito anteriormente por Santos.

A autobiografia nesta tese consistiu numa estratégia utilizada para sistematizar um conhecimento gestado na perspectiva da ecologia de saberes. Foi por meio da autobiografia que foi possível acessar as veredas ora da experiência na formação, ora na prática de profissional no SUS, ou na pesquisa, ou na docência, que possibilitaram uma reflexão que gerou descobertas e novos conhecimentos.

As descobertas por sua vez trouxeram perspectivas à minha atuação na saúde coletiva e também contribuíram como elementos de análise no SUS e na ESF. Reconheço, todavia, na autobiografia uma diversidade de desafios, que fizeram parte deste processo de produção de conhecimento, do processo de formação humana e de “pesquisadora” da minha trajetória profissional na saúde. Entre estes, destaco aqueles desafios que percebi mais claramente neste processo:

- a) Ser capaz de expor à crítica do campo científico, o que fiz no cotidiano de *ser e fazer o SUS acontecer por meio da ESF, numa relação com território/comunidade* e lidar com as lacunas e as possibilidades existentes neste processo de trabalho realizado em outro tempo histórico;
- b) Desnudar-se e relatar como fui profissional de saúde no SUS, que práticas adotei e refletir acerca disso impôs-me uma ação essencial que foi: *a capacidade de analisar a realidade histórico política da ESF, a partir de um conhecimento tecido na relação com o outro que constrói este modelo de atenção territorializada;*
- c) Reconhecer o papel que o serviço de saúde tem na formação de uma pesquisadora; valorizar este espaço como lugar vivo repleto de possibilidades, que não se traduz em realização de prescrições, mas também num mecanismo que gera uma compreensão do processo de trabalho em saúde, que confronta ideários, que transforma o profissional de saúde e que, também elucida as minhas impotências.

Com este entendimento, este percurso autobiográfico significou permitir a autocrítica e dar-se à crítica do leitor das práticas de saúde do ponto de vista constituído nesta fase da vida entrelaçada à realidade atual. A aceitação e superação destes desafios e ou convivência com os mesmos ao longo da tessitura do texto, um aprendizado central foi a compreensão de que na consolidação da ESF/SUS é essencial a realização de ações integradas espiraladas de *pesquisa-comunidade-serviço-ensino*.

Com base nos ensinamentos de Josso (2002) descrevi sucintamente o processo que instaurei na escrita do ensaio autobiográfico, ou ensaio narrativo, que consistiu num primeiro momento da escrita desta tese.

- *Considere* as questões referentes à saúde humana, que dialogavam com a minha trajetória de vida, e a partir do vivido busquei um rumo a ser identificado, a partir de dimensões práticas e teóricas na produção de um *conhecimento útil*. Pretendi, a propósito, elucidar os elementos, os mecanismos e os dispositivos que contribuiriam na elaboração de

um autoconhecimento acerca da saúde e das práticas de saúde em contexto de atuação profissional no sertão e na ESF;

- *Dei a conhecer* as situações, os contextos, os acontecimentos que marcaram a construção do sentido que as palavras saúde e necessidades de saúde tiveram e tem para mim, demonstrando a evolução deste sentido ao longo da minha trajetória em diálogo com a: minha formação profissional e acadêmica, a experiência no SUS e a atuação como educadora e pesquisadora;
- *Apontei* a constituição dos referenciais teóricos coerentes e conscientes adotados no meu processo de conhecimento, que estruturam a minha visão de mundo e organizam uma forma de atuação na saúde coletiva numa perspectiva crítica;
- *Estabeleci* um feixe de experiências que me conduziram aos referenciais metodológicos e teóricos atuais, em particular a ecologia de saberes e a complexidade, como uma busca humana por uma ciência produtora de respostas úteis à vida da sociedade dita sub-humana, desvalida e pobre.
- *(Re)elaborei* o significado dos conceitos, por meio da instauração de uma análise reflexiva, em diálogo com o estado da arte na saúde coletiva referente ao tema. Articulei esta análise reflexiva num texto, que expressava a necessidade de uma abordagem que acessasse a complexidade das situações nos territórios, como também das pessoas – agentes cuidadoras e de cuidado nos serviços de saúde -, numa prática teórica emancipatória.
- *Sistematizei com base no ensaio narrativo, no estado da arte e na ecologia de saberes uma produção textual na perspectiva de um conhecimento emancipatório.*

Esta tese teve, portanto, como **primeiro passo** a escrita de um ensaio narrativo, que não foi linear, foi constituindo-se espontaneamente na medida em que a necessidade de aprender e de conhecer se apresentavam para mim acerca da experiência. Eu não escolhi categorias temáticas para serem analisadas e debatidas. Fui elaborando o ensaio narrativo buscando compreender como fui aprendendo a ser

profissional de saúde e pesquisadora em saúde pública. Procurei encontrar o que há no processo de formação e de conhecimento que vivenciei que integram o meu saber e as minhas práticas de pesquisadora na saúde coletiva atualmente. Este passo visava a clarear o meu entendimento acerca das *ações de saúde, da visão de saúde e de necessidades de saúde na ESF* e, que, *práticas de pesquisas* seriam necessárias no contexto da *saúde coletiva*. Para tal, elaborei um texto trazendo os elementos que estavam presentes neste meu processo de atuar na saúde, para além do conhecimento formal e técnico. Estes elementos eram **a música, a poesia, a literatura, a fotografia e a pintura**, que expressavam também uma identidade de lugar.

O **segundo passo** foi a leitura deste ensaio e a identificação de questões que eu precisava aprofundar; o **terceiro passo** consistiu em uma leitura e a sistematização do estado da arte sobre os temas identificados: *práticas de saúde, saúde, promoção da saúde, determinação social da saúde necessidades de saúde, SUS, ESF, ABS, política de saúde, saúde e desenvolvimento, semiárido*, entre outros.

O **quarto passo** consistiu em descobertas, advindas deste processo de leitura e releituras do ensaio narrativo, e, depois de leitura e releituras do estado da arte referente a estes temas. Ou seja, surgiram novas inquietações sobre: como realizar práticas emancipatórias no SUS? Existiria esta possibilidade no contexto de vulnerabilização vivido na sociedade capitalista? Neste momento nasceu a necessidade de expressar uma pergunta orientadora **de uma ciência emancipadora** e de um objetivo pretendido.

Reconheci, portanto o lugar onde estava e onde almejava chegar do ponto de vista do conhecimento. Este foi o meu maior desafio como sujeito aprendente, em processo de formação. Em meio às reflexões diversas que atropelavam o meu pensamento complexo foi desafiante, estabelecer uma pergunta-guia. Qual a pergunta primeira, condutora, que apresenta o ponto onde me situo enquanto alguém que precisa apreender, aprender, praticar, exercitar o ato de pesquisar, enfim, o labor científico? Entre tantas perguntas, como estabelecer a pergunta que deu partida a toda esta tessitura de conceitos, reflexões, imersões na saúde coletiva?

Acredito que múltiplas perguntas me conduziram ao momento atual, ao lugar que ora ocupo neste tempo de escrever uma tese. Estes questionamentos surgiram a partir de escutas das pessoas nas pesquisas que participei, como também

na atuação na ESF, e das minhas indignações e inquietações sejam no Brasil ou em Angola. Registro na figura 3 alguns momentos que foram significativos na construção do meu pensamento em saúde, na perspectiva do direito à vida e de condições dignas de viver à humanidade.

Figura 3: Fotografias agrupadas de atividades de pesquisa de campo em Luanda/Angola e Quixeré/Ceará/Brasil.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Mas o conhecimento responde a uma pergunta por vez, e, talvez nem a resposta, ou então, a resposta pode não satisfazer... reconheci, primeiramente, que a busca de conhecimento sempre foi significativa para mim, por razões, que ainda não sei explicar. Contudo o movimento de compreender mais o humano, a natureza, o porquê das coisas sempre foram aspectos relevantes da minha trajetória de vida.

Então, fiz a opção de uma pergunta orientadora da busca de saber, que talvez explicita melhor os meus anseios atuais de pesquisadora, assim escrita: *Que compreensão de saúde humana e de necessidades de saúde contribui ou (é necessária) para constituir práticas de pesquisa emancipatórias em territórios de vulnerabilidade socioambiental, como é o caso do sertão, em diálogo com a ESF?*

Destaco que a pesquisa se apresenta como um desafio paradoxal e potencialmente contrastante com alguém que vem da prática no SUS, que tem atuado na pesquisa-ação. Com efeito, afastar-me do pragmatismo da ação para a reflexão

teórica e imergir na teoria sociológica e complexa da ciência é uma busca de ser doutora no contexto que a saúde coletiva reivindica ao campo científico.

Por fim, analisar as políticas de saúde à luz de um referencial crítico e expor as contradições do que mais defendo no âmbito da prática, que é a ESF coaduna-se com a necessidade de recriar os processos de compreensão da saúde humana e das necessidades que estas reivindicam.

Foi fundamental, entretanto, a instauração desta hermenêutica, pois esta me levou ao estudo do paradigma emergente, da ecologia de saberes, da complexidade proposta por Edgar Morin e da autobiografia da Marie Catherine Josso.

O **quinto passo** consistiu na tessitura deste conhecimento emancipação, desta ecologia de saberes, no âmbito acadêmico, a partir destes aprendizados advindos destas diversas formas de constituir a realidade, numa perspectiva de contribuir com uma prática científica emancipatória na saúde coletiva.

Neste sentido, objetivo nesta tese, *sistematizar a construção de uma compreensão de saúde humana e de necessidades de saúde, ancorada nas experiências nos serviços de saúde, no ensino e na pesquisa, em diálogo com a complexidade e a ecologia de saberes considerando o contexto do semiárido com vistas às práticas emancipatórias na ESF. Este passo consistiu na articulação empiria-teoria, com uso de múltiplas linguagens, sem que haja mais um ensaio narrativo, mas uma sistematização de um conhecimento que se consubstancia como um exercício de ecologia de saberes.*

Expresso um saber que foi tecido ao longo de uma trajetória de vida humana na saúde, e, que traz a realidade vivida, refletida, analisada, criticada, apreendida, não apenas, durante o Curso de doutorado. A tese traz uma realidade vivida por mim, e, não uma mera representação da realidade, sendo, portanto, constituída por poesias não ilustrativas, mas como forma de expressar um aprendizado, um sentimento, uma emoção, um ensinamento, uma reflexão do conhecimento emancipatório.

Nesta tese busco identificar uma orientação paradigmática que conduza à prática científica emancipatória. Faço um esforço cognitivo para romper com um *modus operandi* na produção do conhecimento que oriente minhas práticas no campo empírico, de forma a não contribuir, fortalecer e legitimar estruturas de poder danosas às populações vulnerabilizadas. Este cenário está explicitado pelos autores do Dossiê

Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde que referem que o conhecimento científico passou a estabelecer relações de colonialismo, o qual se expressa também na dominação epistemológica (AUGUSTO *et al.*, 2015).

Apresento um texto na tentativa de não fabricar e ou produzir mais sucatas na e para a sociedade, mais um texto para as bibliotecas, que, talvez não gere transformação nem no indivíduo (cientista/trabalhador/pesquisador) que o elaborou.

Sobre sucatas

O mundo era um pedaço complicado para o menino que viera da roça.

Não vi nenhuma coisa mais bonita na cidade do que um passarinho.

Vi que tudo o que o homem fabrica vira sucata: bicicleta, avião, automóvel.

Só o que não vira sucata é ave, árvore, rã, pedra. Até nave espacial vira sucata.

Agora eu penso uma garça branca de brejo ser mais linda que uma nave espacial.

Peço desculpas cometer essa verdade.

Trecho do Poema de Manoel de Barros

Manoel de Barros pede desculpas por dizer a verdade, e, aos cientistas cabe revelar a verdade. Este texto não faz esforço em dizer a verdade, mas em traduzir o conhecimento constituído na vida como ela é para o Sujeito em processo de formação, para o Sujeito trabalhador da saúde, para o Sujeito doutor (pesquisador/educador/cientista).

O uso da poesia, da literatura, da pintura, da música, da fotografia não objetiva embelezar a tese, mesmo que o faça, já que é próprio da arte - a beleza -, mas de trazer uma perspectiva de integração e articulação de saberes que me constituíram e que fazem parte do meu projeto de conhecimento. Este conhecimento é artístico, científico (epistemológico/teórico/metodológico), político, cultural e histórico que possibilita o auto reconhecimento como pesquisadora na saúde coletiva.

Destaco também, que esta pesquisa está vinculada ao projeto de pesquisa intitulado “Pesquisa avaliativa da implantação da política nacional de saúde integral para as populações do campo e da floresta (pnsipcf) em distintos cenários do Brasil” conduzida pelo observatório da política de saúde integral das populações do campo,

da floresta e das águas (obteia – teia de saberes e práticas) aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Brasília sob número 636.427.

A participação neste projeto de pesquisa que integra diversos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, colaborou para o meu interesse de enveredar pela autobiografia e trazer à reflexão uma atuação profissional na ESF/SUS. Acredito que minha contribuição é explicitar alguns aspectos do trabalho em saúde no campo/sertão apontando perspectivas práticas, teóricas e metodológicas, a partir do vivido para dialogar com as respostas às necessidades de saúde que os movimentos têm defendido em relação à política de saúde no Brasil.

PARTE II DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE AO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO COMO EXPRESSÃO DAS CONTRADIÇÕES E LUTAS POLÍTICAS E DEMOCRÁTICAS NO BRASIL.

Esta parte do texto traz algumas categorias que são essenciais para minha compreensão ou reafirmação da saúde humana como direito na sociedade brasileira. As categorias principais são: direito a vida e a saúde, sistema único de saúde, saúde e desenvolvimento, necessidades humanas e de saúde e promoção da saúde.

Explicito, portanto que politicamente escrevo em defesa da vida humana. Estes humanos são populações consideradas subalternas, na visão de muitos. São os que mais carecem das políticas sociais e do Estado. Então, as categorias política social em saúde/sistema único de saúde; saúde e desenvolvimento, necessidades humanas e de saúde e promoção da saúde, estão colocadas numa leitura social e política que dialoga com populações vulnerabilizadas e excluídas historicamente.

Esta parte tem a pretensão de informar que são necessários enfrentamentos para que estas categorias sejam realmente concretas e não mera retórica no discurso instituído. Para tal é necessário estabelecer um pensamento crítico que (re)pense continuamente a relação do Estado e da Ciência na concretização de melhoria da qualidade de vida para a sociedade.

Seção 1: O direito à vida como primazia para a humanidade: desafios e possibilidades no contexto do desenvolvimento capitalista.

Pretendo, neste tópico trazer algumas reflexões sucintas sobre o tema do desenvolvimento e como este tem sido lido no âmbito da saúde, por parte do Estado brasileiro. Darei uma atenção a este tema tendo em vista sua importância para a discussão da saúde como direito de cidadania da população brasileira, o que vem sendo mencionado no decorrer de todo este texto, mas com a intencionalidade de lembrar primordialmente o direito à vida, os direitos tradicionais, sem os quais não faz sentido outros direitos.

E por fim, considero também, que explicitar os conflitos e as tensões que estão postas nesta relação entre o Estado, o direito à saúde e a questão do

desenvolvimento econômico como central para a saúde coletiva, a partir da compreensão da colonialidade.

A discussão parte do pressuposto, em conformidade com Martins (2013), que não há possibilidade de (re)pensar a saúde fora de uma discussão mais ampla sobre os temas do desenvolvimento e da democracia. Empreendo, com efeito, um esforço com vistas a reconhecer os limites epistemológicos e jurídicos vivenciados pelo SUS e também os avanços deste como proposta política normativa e os seus limites como projeto de liberação dos direitos coletivos e públicos do cidadão moderno (MARTINS, 2013).

Para tal rememoro sucintamente, o sistema de direitos tradicionais, a imposição do direito privado capitalista e o Estado republicano em diálogo com a política de saúde, enquanto conquista de direitos.

Considerando o exposto, Martins (2013) aprofunda a crítica à acumulação capitalista como um constructo jurídico e cultural, sugerindo o confronto entre o direito comunitário e o direito privado ocidental. O autor reforça a importância de desvelar os elementos morais que se disfarçam por trás da aparente lógica econômica (MARTINS, 2013). Relembra os **direitos tradicionais** referentes à existência humana, como o direito a respirar, amar, viver, comer, dormir, etc., para viabilizar novas possibilidades para o SUS.

Neste sentido enfatiza que **valorizar politicamente o direito à vida**, não a reduzindo a uma questão meramente biológica, consiste num primeiro passo para avançar nas lutas democráticas na saúde, sendo esta compreensão da vida necessária aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (MARTINS, 2013).

O autor referencia-se no antropólogo, sociólogo e filósofo Marcel Mauss (2003) para nos apresentar o *direito costumeiro*, que enfatiza as obrigações coletivas, as prestações e contra prestações dos dons que asseguram a vida solidária entre famílias, tribos, estando presente em diversas sociedades, e que se faz sempre de modo ritualizado, simbolizando coletivamente os elementos que contribuem para a organização da vida comunitária, como as regras coletivas, a relação com o ambiente, as celebrações e os trabalhos comunitários (MARTINS, 2013).

O funcionamento deste sistema comunitário dito 'arcaico' se efetiva pelo registro do dom e da solidariedade. Reconhece-se neste sistema, dentre o conjunto de dádivas iniciais, "o dom da vida, ou seja, o dom que a natureza nos fez

espontaneamente, assegurando a sobrevivência dos seres vivos e dos humanos.” (MARTINS, 2013, p.112).

Como assinala Manoel de Barros em “A rã”, acerca da primazia e importância das coisas: “[...] a importância de uma coisa ou de um ser não é tirada pelo tamanho ou volume do ser, mas pela permanência no lugar. Pela primazia.”

A rã

*O homem estava sentado sobre uma lata na beira de uma garça.
 O rio Amazonas passava ao lado.
 Mas eu queria insistir no caso da rã.
 Não seja este um ensaio sobre orgulho de rã.
 Porque me contou aquela uma que ela comandava o rio Amazonas.
 Falava, em tom sério, que o rio passava nas margens dela.
 Ora, o que se sabe, pelo bom senso, é que são as rãs que vivem nas margens dos rios.
 Mas, aquela rã contou que estava estabelecida ali desde o começo do mundo.
 Bem antes do rio fazer leito para passar.
 E, que, portanto, ela tinha a importância de chegar primeiro.
 Que ela era por todos os motivos primordial.
 E quem se fez primordial tem o condão das primazias.
 Portanto era o rio Amazonas que passava por ela.
 Então, a partir deste raciocínio, ela, rã, tinha mais importância.
 Sendo que a importância de uma coisa ou de um ser não é tirada pelo tamanho ou volume do ser,
 mas pela permanência no lugar.
 Pela primazia.
 Por esse viés do primordial é possível dizer então que a pedra é mais importante do que o rio
 Amazonas.
 Por esse viés, com certeza, a rã não é uma criatura orgulhosa.
 Dou federação a ela.
 Assim como dou federação à garça quem teve um homem sentado na beira dela.
 As garças têm primazia.*

Poema de Manoel de Barros.

Concordo, pois com Martins e Manoel que **o dom da vida vem em primeiro lugar**, legitimando o direito ao acesso livre à natureza, sendo que o *primeiro*

direito “**consiste no acesso aos recursos vitais, materiais e simbólicos**”. (MARTINS, 2013, p. 112).

Neste sentido reconhece que o dom da vida, na relação natureza sociedade aparece como primeira regra necessária à organização da prática social. Percebendo que a natureza dá gratuitamente e generosamente as condições básicas da vida à humanidade, cabe a cada um receber com honra e agradecer com alegria os dons da natureza (MARTINS, 2013).

O *segundo direito* consiste no **direito de pertencimento a um grupo, família, comunidade, ou seja, o direito à identidade**, este, funda-se na solidariedade, e se expressa por meio da organização do direito ritual, que tem como elementos construtivos as festas, as danças, o fogo.

O *terceiro direito* consiste na **proteção dos indivíduos e famílias** por parte dos chefes, patriarcas, caciques, líderes religiosos e entrelaçam-se neste os “[...] direitos costumeiros de reconhecimento das atividades de clãs e tribos, representando a emergência da política, do direito, do poder, com a gestão comunitária da autoridade pelo clã”. (MARTINS, 2013, p.113).

E, por fim, o *quarto direito* que se relaciona aos **processos de gestão compartilhados dentro das comunidades**, o que assegura um lugar de reconhecimento na vida comunitária a todos os indivíduos nas sociedades tradicionais (MARTINS, 2013). Percebe-se, nesta perspectiva, que o direito **comunitário tradicional funda-se na apropriação coletiva** da terra, da água, dos metais, dos frutos, do trabalho, entre outros. A imposição da lógica capitalista, entretanto, gerou uma reversão neste sistema de direitos, subvertendo-o política e moralmente com a finalidade de permitir a emergência dos interesses particulares, conforme destaca Martins:

O capitalismo reverteu a hierarquia comunitária tradicional, fundada na primazia do direito à vida no conjunto de direitos coletivos e individuais para impor outra hierarquia em que privilegia o direito privado à vida, consubstanciado inicialmente no projeto da burguesia comercial europeia. (2013, p. 113).

O capitalismo gerou o **antidom**, substituindo a relação generosa e simétrica entre homem e natureza “por um sistema de exploração e de dominação que alienou crescentemente o ser humano em relação ao seu corpo físico, mental e espiritual, e que embotou todo o seu sistema perceptivo.” (MARTINS, 2013, p. 113).

A lógica capitalista, **fundada na apropriação privada das coisas e das pessoas** estabelece o direito do **tomar-pagar**, contrapondo-se ao **dar, receber e retribuir**, que sustentava o direito costumeiro arcaico. (MARTINS, 2013). Este processo é fundamental para a sobrevivência do sistema capitalista, que “[...] depende do monopólio do capital sobre o processo de apropriação privada das riquezas coletivas existentes nos territórios nacionais e coloniais, bem como das riquezas geradas pela natureza viva e pelo trabalho social.” (MARTINS, 2013, p.114). Com efeito, reforça Martins (2013):

[...] a subversão do modo tradicional de organização dos direitos humanos, o direito à apropriação privada visando ao crescimento econômico e ilimitado significa simplesmente a apropriação privada – e historicamente arbitrária – dos bens coletivos. (p.115).

O Estado republicano ajuda a financiar o sistema econômico, a organizar o mercado de trabalho e a obter o consenso político e ideológico. Desta forma, o modelo republicano não contradiz a dominação do capital e, sob certa ótica, inclusive ajuda na sua reprodução (MARTINS, 2013).

O autor destaca que a base da cidadania republicana está no controle privado dos recursos territoriais, ecológicos e sociais com vistas a organizar a acumulação capitalista politicamente consentida. Assim, o Estado a serviço do capitalismo ocidental construiu um modelo de proteção da cidadania civil, política, econômica e social - saúde, educação, segurança, transportes, etc. (MARTINS, 2013).

Esse modelo conforme opina Martins (2013) é dominante e funciona, mesmo que de forma camuflada nos sistemas constitucionais modernos, na gestão privada dos bens públicos e na promoção de uma moral consumista, utilitarista e individualista que subordina as políticas estatais e públicas aos interesses mercadológicos (MARTINS, 2013).

A democracia republicana contribui para organizar a dominação capitalista e a colonialidade do poder e do saber por dispositivos de controle que funcionam mais pelo convencimento e pelo consenso do que pela aplicação da força bruta (MARTINS, 2009, 2013). O autor reforça ainda, que, na perspectiva da hierarquia dos direitos fundamentais, o sistema republicano envolve, por um lado, a apropriação privada e por outro, apropriação pública, sendo essa última articulada a serviço do direito público.

Em síntese afirma Martins (2013, p.116):

A hierarquia jurídica do sistema de dominação capitalista fundado na articulação privado-público não toca, portanto em uma questão fundamental: o antidom. E sem romper o antidom, o dom da vida não se libera, mas permanece prisioneiro das negociações e manipulações interessadas.

Santos (2013), por sua vez, assinala que o desenvolvimento capitalista passou a ser uma condicionalidade ferreamente imposta após o colapso do bloco soviético pelo Norte global, por meio do neoliberalismo, que **tratou o direito ao desenvolvimento como um dever de desenvolvimento**.

O autor ressalta que o

[...] desenvolvimento passou a ser mais antissocial, mais vinculado do que nunca ao crescimento, mais dominado pela especulação financeira, mais predador do meio ambiente. Os custos sociais do desenvolvimento tornaram-se mais evidentes. (SANTOS, 2013, p.88).

A partir desta lógica, o desenvolvimento capitalista, no século XXI, toca os limites de carga do planeta tendo a sua expressão numa crise civilizatória como afirma Santos (2013). Esta crise civilizatória resulta de diversos fatores tais como a: crise alimentar, ambiental e energética; a especulação financeira sobre as *commodities* e recursos naturais, a grilagem e a concentração de terra, a expansão desordenada da fronteira agrícola, a velocidade da exploração dos recursos naturais, a escassez de água potável e a privatização da água, a violência no campo, a expulsão de populações das suas terras ancestrais para abrir caminho a grandes infraestruturas e megaprojetos, as doenças induzidas pelo meio ambiente degradado, os organismos geneticamente modificados, o consumo dos agrotóxicos, dentre outros (SANTOS, 2013).

Vivencia-se um modelo de desenvolvimento totalmente rígido na sua estrutura de acumulação e pouco flexível na distribuição social, detentor de um poder político que cresce mais do que o seu poder econômico, tendo na redistribuição social de renda o mecanismo de obtenção de legitimidade política (SANTOS, 2013). Isto permite que as locomotivas da mineração, do petróleo, do gás natural, da fronteira agrícola sejam “[...] cada vez mais potentes e tudo que lhes surge no caminho e impede o trajeto tende a ser trucidado enquanto obstáculo ao desenvolvimento.” (SANTOS, 2013, p. 93).

Reforça Santos (2013) que este modelo de desenvolvimento suscita a ideia de incompatibilidade entre o direito ao desenvolvimento com os direitos humanos. A argumentação construída frequentemente é a seguinte:

[...] não se pode querer o incremento dos direitos sociais e econômicos, o direito à segurança alimentar da maioria da população ou o direito à educação, sem fatalmente ter de aceitar a violação do direito à saúde, dos direitos ambientais e dos direitos ancestrais dos povos indígenas e afrodescendentes aos seus territórios. (SANTOS, 2013, p. 94).

Requer-se para o enfretamento da influência deste modelo de desenvolvimento no Estado e nos governos democráticos uma luta com forte dimensão civilizatória, uma ação organizada dos movimentos e organizações sociais para que esta denúncia entre na agenda política (SANTOS, 2013).

As conclusões destacadas por Santos (2013) sobre a luta pelos direitos humanos nas primeiras décadas do século XXI colocam a necessidade do enfrentamento das novas formas de autoritarismos que convivem confortavelmente com os regimes democráticos como acontece na sociedade brasileira.

O fascismo desenvolvimentista denominado por Santos (2013) como uma nova forma de fascismo social, caracteriza-se pela voracidade sobre os recursos naturais e de terra, como também situar os direitos de cidadania e humanos como tábua rasa, incluindo os que estão consagrados pelo direito internacional e a repressão brutal a todos aqueles que ousam resistir-lhe (SANTOS, 2013).

Dentre as características apontadas por Santos (2013) para empreender uma luta contra o fascismo desenvolvimentista e afirmar os direitos humanos contra hegemônicos destaca-se a necessidade de articulação das diversas lutas. Estas lutas permanecem até agora separadas na visão de Santos por: “[...] um mar de diferenças e divisões entre tradições de luta, repertórios de reivindicações, vocabulários e linguagens de emancipação e formas de organização política e de luta” (SANTOS, 2013, p. 125). Santos (2013) sugere para a superação destas diferenças e divisões uma ampliação do olhar e ver:

[...] na luta ambiental a luta dos povos indígenas e quilombolas; na luta pelos direitos econômicos e sociais, a luta pelos direitos cívicos e políticos; na luta pela igualdade, a luta pelo reconhecimento da diferença; na luta contra a violência doméstica, a luta pela liberdade de orientação sexual, a luta dos camponeses pobres; na luta pelo direito à cidade, a luta contra a violência no campo, a luta pelo direito à saúde coletiva. (SANTOS, 2013, p. 125).

Freitas e Porto (2011) destacam que a dimensão da saúde como direito, remete ao espaço estrutural da cidadania, enquanto a saúde como bem econômico e como acumulação de capital se desloca para constelações entre o espaço do mercado

e da produção (FREITAS; PORTO, 2011). Reforça-se que essas dimensões se situam em espaços estruturais distintos, interdependentes e autônomos.

Assinalam estes autores que as possíveis formas conflituosas traduzem a disputa de diferentes projetos de sociedade em curso e que fazem parte do jogo democrático. Contudo, é importante reconhecer que na democracia liberal hegemônica há o encobrimento, o controle e a despolitização dos movimentos coletivos contra hegemônicos (FREITAS; PORTO, 2011).

Vianna e Elias (2007) entendem que a relação saúde e desenvolvimento deve-se constituir “[...] como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população” (p.1766). Reconhecem que os modernos sistemas de saúde são o resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e sociais, e neste organizam as diversas dimensões da saúde como direito, bem econômico e espaço de acumulação de capital, conforme citado a seguir:

1. A saúde como direito → desmercantilização do acesso → sistemas de proteção social.
2. A saúde como bem econômico → mercantilização da oferta → assalariamento dos profissionais, formação de empresas médicas e intermediação financeira (planos).
3. A saúde como espaço de acumulação de capital → formação do complexo industrial da saúde → globalização e financeirização da riqueza. (VIANNA; ELIAS, 2007, p. 1766).

Consideram que esses três movimentos simultâneos representados no esquema acima não foram constituídos em um mesmo momento histórico e nem de forma combinada ou associada, mas convivem hoje de forma complexa e contraditória em um mesmo sistema de saúde (VIANNA; ELIAS, 2007).

Na análise apontada por estes autores a universalidade do SUS foi concebida em um período de crise, com estagnação econômica, seguido da adoção de políticas econômicas de cunho liberal no país, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivo e igualitário (VIANNA; ELIAS, 2007).

Na visão destes autores a descontemporaneidade dos processos de desmercantilização do acesso (saúde como direito), mercantilização da oferta (saúde como bem econômico) e a formação do complexo industrial da saúde (saúde como

espaço de acumulação de capital) produziu uma situação que não foi capaz de romper com a natureza dual do sistema de saúde brasileiro (VIANNA; ELIAS, 2007).

Este processo caracteriza-se por uma segmentação da clientela e o predomínio dos interesses ligados à mercantilização da oferta (saúde como bem econômico) e à formação do complexo industrial da saúde (saúde como espaço de acumulação de capital), o que tem impedido a constituição de um sistema que efetivamente garanta o acesso à saúde como direito social (VIANNA; ELIAS, 2007).

Reforçam, a partir do exposto, que existe a necessidade de criação de alternativas ou modelos de desenvolvimento econômico que sejam, ao mesmo tempo, economicamente dinâmicos, politicamente democráticos e socialmente inclusivos. Destacam, também, que há uma visão quase unânime, no sentido de resgatar a questão da inovação tecnológica como base para um novo modelo de desenvolvimento (VIANNA; ELIAS, 2007). E nesta linha de pensamento sugerem a necessidade de avançar na concepção de desenvolvimento não só como modernização, mas também como políticas que embasem um verdadeiro projeto nacional de enfrentamento das desigualdades sociais e de construção de uma cidadania plena (VIANNA; ELIAS, 2007).

Compreendo em consonância com estes autores que o Estado deve assumir o papel de protagonista no desenvolvimento de tecnologias que sejam mais eficientes e socialmente legítimas. Além disso, reconhecer e exigir que o Estado que tem o papel indutor atue na regulação em saúde e na articulação de políticas de integração entre as esferas tecnológicas, industrial e social.

A regulação desse processo pelo Estado deve contribuir para a redução dos efeitos negativos do mercado quanto à oferta de cuidados em saúde, como também intervir no processo de inovação orientando a natureza das tecnologias e seu impacto sobre os custos, além de avaliar os aspectos éticos e sociais engendrados pela utilização do conhecimento técnico-científico moderno, que exige uma tomada de posição coletiva (VIANNA; ELIAS, 2007).

Ante o exposto retomo o diálogo com Paulo Henrique Martins que aborda algumas dificuldades do SUS: um aspecto, explicitado que é a lógica oligárquica colonial atualizada pelo discurso neoliberal, que parasita por meio de subsídios e concessões o sistema público. Outro aspecto referido pelo autor como desafio é o pouco discernimento da sociedade brasileira entre as separações público e privado,

em que predominam o jogo político oligárquico, em que as elites oligárquicas negociam entre si, de modo pouco transparente, a distribuição dos recursos coletivos (MARTINS, 2013).

Para Martins (2013) as elites representam a pobreza como algo natural e a estigmatizam, conferindo-lhe repulsa e utilizam a democracia representativa com o objetivo de assegurar o controle do poder dentro do sistema. Neste sentido pondera:

O SUS não pode escapar dessa lógica de poder que não favorece a solidariedade cívica e democrática. Sob a mira das pressões burocráticas, autoritárias e mercantilistas, o SUS tem sofrido, por conseguinte, ao longo dos anos, descontinuidades que ameaçam o seu futuro. As pressões privatistas revelam-se não apenas no nível econômico, mas principalmente no nível político. Há muitos grupos privados que tentam se apoderar dos recursos do SUS, pois apenas sobrevivem parasitando o sistema estatal. (MARTINS, 2013, p. 109).

Destaca Martins (2013) que a força da cultura da sociedade elitista colonial brasileira tem como marca a valorização da propriedade privada e imobiliária e a ostentação de bens. Esta sociedade valoriza o consumismo, como prova de *status social*, o que revela a presença da cultura utilitarista mercantilista, e desvaloriza todos aqueles indivíduos de pele negra, os ameríndios e os imigrantes de países latino-americanos mais pobres. Esta *cultura elitista e consumista* estigmatiza a pobreza como vergonha e todos os que são vistos como símbolo de pobreza são vistos como inferiores por sua origem, etnia e gênero, ao mesmo tempo em que reconhece e valoriza a cor da pele e a cultura europeia (MARTINS, 2013).

Aponta o autor como um caso bem típico do sucesso da modernização conservadora, o agronegócio, que contribuiu para a atualização das oligarquias rurais sem que os ganhos dessa atividade econômica revertam necessariamente para o desenvolvimento nacional (MARTINS, 2013). Na atualidade existe, portanto, a expressão de uma longa história de:

[...] apropriação dos bens coletivos, das terras e das tradições culturais por parte de uma elite colonial que se atualizou no contato com as novas elites capitalistas e que cooptam as populações pobres por mecanismos clientelistas ou mesmo pela repressão policial aberta. (MARTINS, 2013, p.110).

Concluo esta parte reforçando que a imposição do direito privado como o primeiro dos direitos humanos promovida pelo capitalismo e legitimado como direitos coletivos passam a impressão, que são conjunto de direitos equivalentes (MARTINS,

2013). Portanto é fundamental a compreensão de todo este contexto para ampliar o debate sobre as políticas sociais públicas, como a saúde.

Comungo do pensamento de Martins (2013) de que é necessária, nesse contexto, uma atualização da perspectiva tradicional de organização do sistema de direitos humanos, entendido num contexto metropolitano e cosmopolita. Isso abriria possibilidades de superação do entendimento naturalista do humano como entidade direcionada por crenças religiosas para uma compreensão diversa, em que a emergência de um ser social cosmopolita, promove aberturas para novas identidades e novas formas mais plurais de construção da cidadania democrática (MARTINS, 2013).

Acredito que, apesar da injustiça social, das iniquidades e das desigualdades sociais há como transformar pelo saber e pela prática as políticas públicas, com o foco na política de saúde e mais especialmente a APS no Brasil. Acredito que há espaços férteis para esta construção, como, por exemplo, a Universidade a qual estou vinculada, o Programa de Doutorado e os docentes e pesquisadores que tem ideários de uma ciência emancipadora tanto para o pesquisador como para os sujeitos da pesquisa.

Adoto uma postura de aceitar os limites e articular as possibilidades de superar os desafios que estão colocados para o SUS no que concerne a sua defesa epistemológica. Sou contrária a adoção de uma postura de sujeição ao instrumento, e tendo a defender a reformulação e adequação às necessidades de investigação do problema pesquisado. O SUS/ESF como aponta Martins tem que ser pensado nesta conjuntura, a partir das epistemologias do Sul.

Quando discuto ESF, abordo o SUS, tendo em vista, que esta é um dos níveis de atenção à saúde do sistema de saúde brasileiro. O SUS existe na totalidade dos municípios, todavia, nem todo município tem hospital ou unidade de pronto atendimento, mas tem uma equipe de atenção básica à saúde. Considerando estes aspectos abordo a ESF a partir da ecologia de saberes e do pensamento complexo, com o intuito de apresentar aportes teóricos que sirvam de substrato à reorientação do modelo de atenção em curso.

Seção 2: Reflexões sobre o sistema único de saúde como direito universal, integral e equânime à saúde da população brasileira no contexto de disputas e mercantilização da saúde.

Figura 4: Tela “Guerra e Paz” do pintor brasileiro, Cândido Portinari.



Fonte: Disponível no google imagens.

Cândido Portinari representa de forma extremamente bela os contraditórios que fazem parte das lutas contra a opressão e a favor da emancipação em guerra e paz. O SUS é, em certa medida, simbolicamente um movimento de luta cotidiana vivenciada pelo conjunto dos seus trabalhadores e população usuária, que expressa uma guerra silenciosa em prol da vida. A conquista do SUS pela sociedade brasileira se apresenta para mim como uma possibilidade de ampliar o acesso à saúde, mas também de afirmação de uma parte da população que morria desassistida e invisibilizada no seu processo de adoecimento e morte.

Sei deste contexto, porque vivi a época anterior ao SUS no sertão, e, percebo a necessidade de uma política de saúde universal, equânime e integral. Na

minha infância adoeci de sarampo aos seis anos, de caxumba aos 14 anos, varicela aos 16 anos, coqueluche, ou uma “laringotraqueobronquite”, aos 17 anos... Senti o que é adoecer das doenças imunopreveníveis, simultaneamente, uma, duas, três, quatro cinco crianças na mesma casa... Também sei como é ser tratada e curada no lugar onde não havia médico nos tempos de criança. Pude vivenciar a ausência do serviço de saúde nos tempos de criança no sertão, e também a ineficiência e as más práticas do serviço de saúde pública hospitalar, como usuária do mesmo quando estive internada numa santa casa de misericórdia no final do ano de 1994.

A criança que fui guardou na memória dos tempos idos, a lembrança dos “guardas da SUCAM” que eram homens fardados que chegavam às casas, cutucavam os buracos das paredes a procura de barbeiros, e, por vezes encontravam! Além disso, lembro-me de uma vacina de pistola que aplicaram no braço de algumas crianças. Este era o serviço de saúde do Estado que chegava no sertão... A política de saúde na realidade não existia.

Então, o SUS/ESF representou sempre para mim possibilidade de intervir no sofrimento humano. Conheci o PSF em Sobral, na zona rural num estágio voluntário que realizei em janeiro de 1998. A visão do PSF que chegava até mim era de algo marginal, defendido por sanitaristas, o povo da saúde pública!

As interpretações acerca da proposta de reordenação do modelo assistencial em saúde eram de desconfiança, portanto, não houve abordagem do tema APS/ESF na minha graduação. Como estudante do curso de enfermagem fiz um estágio em saúde pública, que se reduzia a: realização de ações em sala de vacinação; e observação do atendimento de enfermagem nos centros de referência em tuberculose e hanseníase no município de Sobral.

A universidade não saciou minha curiosidade e nem me fez aprender tudo que eu imaginava que aprenderia nela. A busca do conhecimento e o desejo de entender o PSF se impuseram para mim, pois não aceitei como possibilidade de atuação somente as chefias dos serviços hospitalares e das maternidades e muito menos aquele modelo de atender hansenianos e diabéticos... As práticas de saúde deveriam ter outros locais e outras perspectivas.

Esta vivência no serviço de saúde rural, como estagiária voluntária na comunidade percorrendo horas de carro, por vezes a pé, apresentou-se, como outro

ambiente e outra perspectiva de saúde, muito mais próxima dos meus anseios do que a inflexão da formação do curso de enfermagem.

Comecei a aprender a fazer saúde e me encantar com essa prática que chegava no lugar onde se vive e tão perto do povo. Apesar do meu encantamento não faltavam profissionais de saúde, que me diziam: *você é tão estudiosa, como pode querer ir para o PSF?* Perguntas como esta me despertavam o medo de não vir a ser reconhecida como profissional e ao mesmo tempo me provocava reflexões: o que eu posso fazer para melhorar minha atuação profissional no PSF? Será se eu deveria ir trabalhar no hospital do coração, que acabava de ser inaugurado e tinha vagas!? Outro discurso era que este era um programa político-partidário que iria acabar o que causava angústia e insegurança: será se estou cometendo um erro nesta escolha profissional?

Em contrapartida eu tinha uma experiência de vida, de saúde e de doença, que me fazia compreender que era fundamental inovar e trabalhar em prol de uma saúde preventiva. Eu não tinha um discurso de promoção de saúde, mas uma convicção de que era necessário atuar em saúde para o não adoecimento da população.

Acreditava que era possível evitar a doença e, sobretudo, não era necessário adentrar os muros hospitalares e se submeter aos cuidados e práticas em saúde, realizadas por pessoas 'pouco sensíveis', como foi a minha experiência durante a internação.

Estudei, portanto os temas que não estavam sendo debatidos no âmbito da minha formação, tais como: Saúde da Família, Comunidade, Participação Social, Poder, Promoção da Saúde, dentre outros. Li a lei nº 8.080/90 que trata da saúde como direito constitucional e a lei nº 8.142/90 que traz a participação social no SUS e comecei a compreender um pouco sobre o sistema de saúde brasileiro e, decidi ser enfermeira da APS em comunidades rurais.

Destaco também, que nestes anos, o termo saúde coletiva jamais foi dito ou debatido ao longo da graduação. Percebo hoje que este movimento de atuar na saúde coletiva foi algo que nasceu do desejo de outro modelo de atenção à saúde, do que propriamente de um debate acadêmico que me seduzisse para tal.

Então os laços entre SUS, saúde coletiva, APS, ESF, política de saúde, cuidados em saúde, modelo de atenção, promoção da saúde, educação em saúde,

práticas da saúde, dentre tantos outros foram sendo articulados a partir da experiência como enfermeira da ESF.

O território recheado de problemas e necessidades de respostas às necessidades de saúde foi me impulsionando para uma apropriação do SUS/ESF e sua defesa como estratégia de intervenção com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Faço neste capítulo, ainda que de forma insuficiente, uma leitura descritiva e analítica do SUS, considerando o exposto acima e o panorama atual da política social pública brasileira. Minha abordagem é, pois, comprometida com esta política seja no plano da sua operacionalização, seja no campo da formulação, seja na crítica.

Entendo que o SUS tem sido frequentemente criticado por uma lógica desenvolvimentista capitalista que opera numa visão de saúde contrária à noção de direito universal. Esta visão tende a centrar o debate da saúde humana numa lógica de mercado, acirrando a construção simbólica de que o SUS deve ser para pobre, e, portanto, precário, sem qualidade, porque o Estado não tem capacidade de desenvolver uma política de saúde universal centrada nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

Apesar das críticas que tenho ao processo de implantação e institucionalização do SUS no Brasil, sou defensora de uma política pública de saúde, que opere como está proposto na Lei nº 8.080/90 e na Lei nº 8.142/90 e no Decreto nº 7508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90, o direito à saúde no Brasil.

Este tópico, portanto, apresenta algumas ponderações e análises com vistas a aclarar, a partir do conjunto de visões de sociólogos críticos, ancorados numa defesa de direito, que me subsidiam no avanço teórico para uma defesa do SUS. Esta interlocução com o SUS também me anima na prática de pesquisa acadêmica, socialmente engajada e comprometida com o serviço de saúde pública, gratuito e de qualidade acessível a toda a população brasileira.

Primeiramente abordo o debate político a partir da concepção de Estado, democracia e políticas públicas fundamentais para o entendimento de saúde como direito de cidadania no Brasil.

Em relação à palavra Estado, *status*, segundo Santos (2009, p. 175) “significava originalmente um estado de coisas, a situação em que se encontrava um reino ou uma comunidade.” Para o autor a Europa medieval descrita nos manuais

dos magistrados e na literatura destinada à educação de príncipes, usava os conceitos de origem clássica, como *status republicare* ou *status civitatum*, com o propósito do dever de manterem as suas cidades em bom ou próspero estado (SANTOS, 2009).

Destaca que neste contexto, *o Estado era a comunidade como um todo, a vida política bem ordenada*. Santos (2009) citando Skinner (1989) apresenta que o Estado começou a ser identificado com a ideia de autogovernança, o *stato franco de Dante*, isto é, um estado ou uma situação de liberdade civil no republicanismo renascentista das cidades-estado italianas. Enfatiza, contudo, que “os teorizadores da república, embora distingam o Estado daqueles que o controlam, não fazem qualquer distinção entre poder do Estado e poder dos cidadãos: cada um deles só existe na medida do outro.” (SANTOS, 2009, p. 175)

A partir da distinção que se operou entre os termos Estado e a sociedade civil, os debates suscitados por este dualismo nos últimos duzentos anos, quase sempre ocultaram matriz do referido dualismo (SANTOS, 2009). Sublinha, neste sentido, Santos (2009), “a ideia de que as duas entidades, embora reciprocamente autonomizadas, são partes integrantes uma da outra e não podem ser concebidas como entidades separadas – a sociedade civil como o ‘outro’ do Estado e vice-versa” (p.173). Conclui o autor, que a dicotomia Estado/sociedade civil ocultou a natureza das relações de poder na sociedade e é indiscutível que o direito contribuiu para isso (SANTOS, 2009). Reforça, ainda que:

A concepção do poder do Estado como a única forma de poder político-jurídico não significou que não houvesse outras formas de poder na sociedade, mas converteu-se em poderes fáticos, sem base jurídica autônoma, e em todo o caso, sem qualquer caráter político. (SANTOS, 2009, p. 174).

Por fim Santos (2009) salienta que Marx descobriu que a sociedade civil pode reproduzir-se na forma de Estado, sendo esta a natureza do Estado capitalista e Gramsci partindo do conceito de hegemonia e, em especial do conceito de sociedade política ou do Estado integral infere que a combinação da sociedade civil com sociedade política englobava uma constelação política global das sociedades capitalistas.

Salienta Santos (2009) que esta absorção recíproca implica na reprodução da sociedade civil na forma de Estado e a reprodução do Estado na forma de sociedade civil, assinalando, que a expansão do Estado na forma de sociedade civil é uma característica de destaque do Estado capitalista nos países centrais, o que

efetivamente explica que a: maior parte das recentes propostas para conferir poder a sociedade civil redunde em um desarme social e político para a maioria dos cidadãos; tendo em vista, que:

o poder que aparentemente se retira ao Estado para o dar a sociedade civil continua a ser, de facto, exercido sob a tutela última do Estado, apenas substituindo, na execução directa, a administração pública pela administração privada, conseqüentemente, dispensando o controlo democrático a que administração pública está sujeita. A lógica privada, que é quase sempre a lógica do lucro, combinada com a ausência de controlo democrático, não pode deixar de agravar as desigualdades sociais e políticas. (SANTOS, 2009, p.174).

Posto este cenário em que se entrelaça o Estado e a sociedade civil num emaranhado complexo de relações tensas é que se constrói a luta por direitos sociais, como é o SUS. Atualmente o SUS está com 27 anos de resistência e luta política para se institucionalizar no Brasil, sendo que, no debate promovido no ato de comemoração dos 20 anos do Sistema Nacional de Saúde, por entidades como: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) Conselho Nacional de Saúde (CNS) e diversas instituições de ensino e pesquisa, como também, profissionais da saúde, militantes e acadêmicos da saúde coletiva foram realizados diversos estudos analíticos, interpretativos e propositivos acerca da política de saúde no País.

Apontam os estudos, os avanços, os desafios, os retrocessos, ou talvez, os distanciamentos dos ideários da reforma sanitária que se deu no processo de implantação do SUS. As análises sugerem questões interessantes, pertinentes, e, sobretudo necessárias para o debate político sobre o direito à saúde, como a expressão de direitos de cidadania, reconhecido como resultante da luta social no Brasil.

Destaco que o SUS universal, equitativo e integral nasceu e vive num contexto de desigualdades e exclusão social como um dispositivo de enfrentamento de questões de saúde pública. Dialogando com Santos (2010) que aponta que a gestão moderna capitalista da desigualdade e da exclusão é um processo político multidimensional. Neste sentido é categórico:

O dispositivo ideológico de gestão da desigualdade e da exclusão é o universalismo, uma forma de caracterização essencialista, que, paradoxalmente, pode assumir duas formas na aparência contraditórias: o universalismo antidiferencialista que opera pela negação das diferenças e o

universalismo diferencialista que opera pela absolutização das diferenças (SANTOS, 2010, p. 283).

Aceito a afirmação de Santos (2010) de que a regulação da modernidade capitalista é constituída por processos que geram desigualdades e exclusão, estabelecendo mecanismos que permitem controlar ou manter dentro de certos limites esses processos.

O autor alerta neste sentido, de que estes mecanismos visam uma gestão controlada do sistema de desigualdades e de exclusão, com vistas à redução das possibilidades de emancipação social, deixando claro, as que são possíveis na vigência do capitalismo (SANTOS, 2010).

Como dito em suas palavras: “[...] o Estado capitalista moderno tem como função geral manter a coesão social numa sociedade atravessada pelos sistemas de desigualdade e de exclusão (SANTOS, 1995, 2010, p. 284)”. Referindo-se à função do Estado capitalista, em relação à desigualdade, a asserção de Santos (2010) é de que “consiste em manter a desigualdade dentro dos limites que não inviabilizem a integração subordinada, designada de inclusão social pelas políticas estatais. (p.285).”

O autor faz uma leitura bastante interessante acerca dos direitos sociais e econômicos universais, o rendimento mínimo de inserção social e as políticas compensatórias, (“fome zero”, bolsa-escola, abono de família, assistência social), como mecanismos modernos (muito diferentes entre si) para manter a desigualdade em níveis toleráveis. Destaca, contudo que estes níveis variam segundo a intensidade das lutas políticas e a capacidade do Estado para trivializar a desigualdade (SANTOS, 2010).

Apresento o pensamento de Santos (2010) como um caminho analítico interessante, principalmente no que concerne ao reconhecimento do papel das lutas políticas. Estou convencida de que o SUS precisa ser lido num contexto de luta política permanente, numa relação de tensão forte, que vise afirmar um princípio de cidadania, em que o humano, especialmente, aqueles mais vulnerabilizados necessitam da garantia de um sistema universal de saúde.

Outro ponto interessante que quero registrar é que o SUS não é uma política focalizada, como por exemplo, o programa Bolsa Família. Trata-se de uma política universal que inclui todos os cidadãos brasileiros e, que regula por meio das suas políticas específicas a equidade, o acesso, a organização da (atenção, vigilância

e promoção). Mas é preciso ter clareza do que é o Estado brasileiro para continuar na luta pelo SUS.

Neste sentido o sociólogo Paulo Henrique Martins traz uma importante reflexão sobre o SUS, como uma política pública e o desenvolvimento democrático no Brasil, reconhecendo o processo de colonização como uma questão central para a institucionalização do SUS.

O sociólogo reforça a ideia de que numa sociedade pós-colonial, como é o caso brasileiro tem-se uma pluralidade de lógicas de funcionamento da ação estatal, explicitando que o SUS precisa ser analisado neste contexto apontando as dificuldades de institucionalização e as perspectivas futuras do *SUS como sistema de direito à vida* (MARTIS, 2013).

Defende Martins (2013) que a experiência do SUS como política pública é ousada na sua concepção programática como também por se “*constituir como uma novidade num país, em que as políticas públicas são marcadas pelo autoritarismo e pelo mandonismo.*” (p.101). E, para, além disso, sugere que o SUS se apresenta como possibilidade de se deterem as ameaças privatizantes e aparecer como uma experiência exemplar de política pública democratizante, o que vai depender

[...] da atualização do debate sobre a relação entre **saúde e desenvolvimento democrático no Brasil**, de modo a valorizar os direitos à saúde como inovações jurídicas que reforçam os direitos republicanos e que podem ser a base para direitos mais ousados referentes à proteção a vida. (MARTINS, 2013, p. 102, grifo nosso).

Martins (2013) afirma que no Brasil vive-se num contexto de pressões conservadoras e privatistas de um lado, e de outro, as pressões democratizantes. Nesse contexto, a relação entre democracia e desenvolvimento pensada a partir do campo da saúde é particularmente importante para o entendimento das perspectivas da reforma do Estado e os limites das inovações e das políticas públicas em face da cultura política conservadora.

Justamente por se inserir e se desenvolver neste contexto de luta política com fortes pressões conservadoras e privatistas, o SUS continua sendo um exemplo original e inovador para pensar as políticas públicas brasileiras (MARTINS, 2013). Reconhecem alguns autores, o SUS como a experiência brasileira mais bem-sucedida de implantação de uma política pública inspirada na socialdemocracia e voltada para valorizar e implicar o usuário do sistema de saúde na organização da proteção social

e pública universal, integral, intersetorial (MARTINS, 2013; SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010).

Em relação ao seu caráter inovador, destacam o SUS na inovação do modelo de gestão pública que articula e responsabiliza instâncias diferentes dos governos central, estadual e municipal. Difere, portanto, do ponto de vista das políticas públicas usuais no Estado desenvolvimentista, já que não reduz o usuário à condição de indivíduo tutelado num sistema autoritário e paternalista. E, também, quando analisado a partir da concepção de políticas públicas liberais o SUS não reduz o usuário a cliente de bens e consumo de serviços médicos (MARTINS, 2003; 2013).

Compreender o SUS com seu caráter institucional inovador num contexto conservador, e de lutas em planos diferentes do macro ao micro político é fundamental para a análise do sistema. Uma luta se dá no plano mais amplo, macro institucional, implicando diversos ministérios, envolvendo grupos com interesses econômicos e políticos divergentes e; a outra luta se dá, de forma mais restrita no plano micro institucional, que abrange os atores responsáveis pelas ações em saúde nos âmbitos estadual, municipal e comunitário (MARTINS, 2013).

Preciso ter clareza do peso que têm as determinações macropolíticas na saúde sobre as práticas micropolíticas, reconhecendo que uma estrutura de poder burocrática e desumana utilizando o cuidado e o acolhimento, como constructos e estratégias retóricas de legitimação do poder, inibindo e sabotando as práticas diretas na ponta do sistema, como também eliminando o impacto transformador das ações dos legisladores e planejadores é uma realidade concreta neste contexto de luta (MARTINS, 2013).

Martins (2003, 2013) alude também, que a defesa teórica do SUS precisa se dar, mediante a compreensão da tradição das políticas estatais e públicas no Brasil. O autor apresenta duas lógicas: a) *positivista autoritária* relacionada ao modo hierárquico de funcionamento do Estado brasileiro no período colonial e pós-colonial; e b) *liberal mercantil* que se expandiu com a economia de mercado, sobretudo com o neoliberalismo das últimas décadas do século XX.

A lógica positivista não se refere nem à democracia nem ao mercado, funda-se numa tradição burocrática e autoritária centralizadora que tensiona para o enquadramento da saúde no lema de 'ordem e progresso', que foi atualizado para o lema 'desenvolvimento com segurança'. (MARTINS, 2013). Esta lógica é sustentada

pela tese de que as populações pobres são desassistidas e incapazes de ordenar a vida social sem a tutela do poder do Estado.

Na política pública autoritária há uma relação entre o combate ao inimigo da ordem e da proteção à população incapaz. Esta incapacidade revela uma cultura de humilhação das populações pobres que foi gerada no pacto colonial reproduzindo-se ao longo dos séculos pela colonialidade do poder. Esta lógica representa a visão elitista das políticas públicas, em que quase sempre considera a participação social e popular como um problema, atualiza o poder colonial e continua a sobreviver por meio das políticas assistencialistas no Brasil (MARTINS, 2013, 2009).

A lógica mercantil, por sua vez, preconiza o papel da economia de mercado como reguladora das ações sociais, compreende a organização da ação em saúde, conforme os ideais das políticas liberais, em que o foco é o cidadão consumidor, ou seja, uma visão de cidadania restrita à dimensão mercadológica (MARTINS, 2003, 2013).

Esta lógica centra a noção de cidadania como consumo, inclusive de doença e de morte, considerando prioritariamente os aspectos econômicos negligenciando a participação social e popular na organização da esfera pública (MARTINS, 2003, 2013).

Reforça Martins (2013) que esta política utilitarista e mercantilista de promoção da cidadania implica em profundas desorganizações comunitárias, pois contribui para o abandono das esferas comunitárias de expressão da solidariedade. Por fim, é em meio a todo esse contexto que está vivo hoje no Brasil, num sistema político tradicionalmente antidemocrático e controlado pelas oligarquias e pelo capitalismo financeiro e rentista, que o SUS emerge como uma utopia de um sistema de proteção socialdemocrata (MARTINS, 2013).

O SUS, ao contrário, distingue-se das duas lógicas que historicamente se fizeram presentes nas políticas em saúde brasileiras e inspirado nos Estados de proteção social e nas democracias europeias e exalta um terceiro modelo que “visa proteger socialmente o cidadão visto como unidade de ação autônoma e consciente de seus direitos de cidadania e não tutelar as populações ou privilegiar o mercado como regulador da saúde” (MARTINS, 2013, p.107).

Nesta perspectiva o sistema socialdemocrata difere muito da perspectiva neoliberal, pois não objetiva “tornar as pessoas economicamente responsáveis por

sua própria saúde, mas promover a inclusão dos indivíduos na proteção social garantida pelo Estado” (MARTINS, 2013, p.107). Prossegue o autor:

Esse modelo socialdemocrata favorece a participação, a inclusão e a cogestão das ações públicas, seja na saúde, na educação, na preservação ambiental ou no trabalho, entre outras. Por isso vemos no SUS um convite à democracia participativa dentro de um espírito característico da socialdemocracia, que implica a promoção da igualdade entre os sujeitos nacionais no acesso aos bens e serviços universais. (MARTINS, 2013, p. 107).

O SUS é inovador como filosofia, aproximando-se de um modelo democrático de proteção, contudo encontra um conjunto de limitações diversas que impedem a sua plena institucionalidade. Estas são claras e dadas pelo autoritarismo estatal, pela pressão privatista e pelo contexto de desigualdades e exclusão social no Brasil (MARTINS, 2013).

Devo avançar na crítica teórica ao sistema de proteção social e apontar as possibilidades de ruptura nos modelos autoritários de gestão na saúde. Nesta perspectiva, é importante destacar a coexistência do imbróglio entre público e privado, entre representação ampliada da cidadania e representação limitada da cidadania ao consumo, que têm impactos sobre a saúde (MARTINS, 2013).

Detenho-me, um pouco mais acerca do Estado como um produto da modernidade, que tem implicado na sua gênese a emergência da noção de cidadania, com uma ideia implícita de igualdade, principalmente civil e posteriormente política e social (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Held (1989) citado por Fleury-Teixeira, Bronzo (2010) destaca que uma questão central se refere às relações estabelecidas entre o Estado, como uma autoridade independente com direito supremo de lei e administração sobre determinado território, e os indivíduos, com direitos e interesses em determinar a natureza e limitar o poder estatal, inserindo-se uma tensão entre a soberania do Estado e a soberania popular.

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) realizam uma análise de todas as vertentes democráticas e argumentam que as formulações sobre este tema não respondem efetivamente ao dilema de contraposição entre a soberania do estado e a soberania popular, pois “[...] não enfrentam o problema da dupla alienação marcante da nossa sociabilidade, presente na decisão pública na forma da representação política e na produção e reprodução material por meio da lógica capitalista” (p.53).

Reforçam, contudo, que se vive uma transição societária na contemporaneidade, que genericamente pode ser classificada como social-democrática, identificada mais ou menos sistematizadas nos autores socialdemocratas com algumas características centrais:

Democracia formal: universalidade de direitos civis e políticos, eliminação de distinções ideológicas e culturais nesses campos. Eliminação ou redução significativa de direitos específicos de estamentos socialmente privilegiados; Regulação pública do funcionamento da economia, ou seja, controle da atividade econômica, com mecanismos de redução dos aspectos mais gravosos da lógica espontânea do capital, como aqueles que se apresentam nas políticas anticíclicas ou na proteção aos setores econômicos mais fragilizados na dinâmica do mercado; Proteção social, com previdência social e mecanismos de assistência social universalizados, fornecimento e garantia de acesso a bens e serviços públicos como educação pública e transporte e outros equipamentos urbanos, prevenção de doenças e outros agravos à saúde e assistência aos doentes, etc. Incluem-se aqui também as políticas de discriminação positiva, programas e ações de focalização e proteção especial a grupos socialmente excluídos ou desprivilegiados. (p.53).

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) sustentam que estas características representam dinâmicas sociais que se complementam, interdeterminam, e, em muitas dimensões se superpõem compondo um todo que marca o processo de transição societária. Reforçam que a combinação desses processos tem garantido, para os países que os consolidaram um:

[...] desenvolvimento relativamente sustentado e um padrão de vida bastante satisfatório, em termos históricos e na comparação com outros povos, mesmo para as pessoas mais desprivilegiadas nessas sociedades, conformando um padrão social bastante distinto daquele que caracterizou o capitalismo liberal, vivenciado nesses mesmos países nas décadas que se sucederam à revolução industrial. (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 54).

Para estes autores a interdeterminação e a interdependência dos diversos aspectos da socialdemocracia, que conformam esse padrão societário de transição é o fato de que todas as economias desenvolvidas, ou seja, todas as sociedades que consolidaram a socialdemocracia apresentam investimento em proteção social, a saber: previdência pública, assistência social e saúde pública acima de 25% do seu Produto Interno Bruto (PIB). Tomam como exemplo o sistema de saúde inglês, que mesmo com as pretensões contrárias dos liberais no poder permaneceu intacto como um dos sistemas de saúde público universal mais eficientes.

Assinalam que no momento atual mundial, um aspecto crítico da consolidação social democrática está na mundialização acelerada da vida econômica,

e, correspondentemente social na ausência de fóruns institucionais com um mínimo de legitimidade e efetividade para reproduzirem no espaço global algumas das características da social democracia atingidas nas nações ricas (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Entendem que este processo de social democratização se consolidou como um amálgama significativamente distinto daquele que se forjou nos primórdios do capitalismo, que pode ser classificado como liberal, mas também como uma formação social de transição híbrida. Os autores destacam dois importantes aspectos interligados de contradição desta social democracia. A primeira contradição **é a sustentação do mercado capitalista**

[...] como a forma adequada ou mesmo ideal de ordenamento da produção e distribuição da riqueza na sociedade, sobre o qual devem se impor os constrangimentos necessários para o controle das crises econômicas e a garantia de condições básicas de vida adequadas e equitativas. (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.56).

Reforçam ainda, estes autores, que a lógica do capital procura e encontra constantemente os meios de se sobrepor aos limites e constrangimentos, tendo em vista, que um dos aspectos centrais da sua natureza é justamente a tendência à superação de todos os limites institucionais ou culturais à sua livre acumulação e expansão.

A segunda contradição apontada por Fleury-Teixeira e Bronzo (2010), que, por sua vez apresenta-se como contraditória em si mesma, “ [...] é a busca e ao mesmo tempo negação da soberania popular, o seu impulso e negação da perspectiva de intervenção direta dos indivíduos na gestão da sociedade.” (p. 56).

Defendem estes autores que estes aspectos só podem ser superados em uma dinâmica de transformação social que abranja estas contradições. Recomendam nesta perspectiva, que o processo de social democratização seja conduzido à dupla superação da lógica do capital, reforçando a ideia de superação do império do lucro no ordenamento da produção e reprodução material da vida humana e das formas aristocráticas de deliberação e decisão social.

Deve ser conduzido, portanto ao ordenamento social em suas dimensões locais, nacional, global e mundial pela livre deliberação e decisões públicas coletivas, o que significaria em outros termos a superação da alienação e a conquista da autonomia (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Afirmam por sua vez Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) que, a sociedade brasileira já acumulou um patamar mínimo de avanço social e que se pode efetivamente decidir que modelo de assistência à saúde será adotado. Consideram ainda que a **universalidade deva impor-se não apenas como uma escolha ética de solidariedade social**, mas como aquela de maior racionalidade econômica, reforçando a eliminação do financiamento público à assistência privada à saúde, ou saúde suplementar.

Defendem também, que uma crítica aos modelos representativos adotados nos conselhos e o resgate destes espaços de vida social ativa e transformadora são fundamentais para as conquistas dos avanços sociais, que segundo Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) tem um quadro histórico favorável. Na visão destes o Estado brasileiro detém uma oportunidade histórica para a conquista de um novo patamar civilizatório, por meio da consolidação da socialdemocracia, que impacta positivamente na saúde da população brasileira.

Reconhecem Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) a existência de péssimas condições de vida de grande parte da sociedade brasileira, com injustiças, desigualdade e discriminação, mas defendem que o processo de socialdemocratização é confirmado pelos principais indicadores sociais e econômicos. Afirmam, com efeito, que nos últimos 15 anos, o Brasil vivencia etapas iniciais de consolidação da social democracia. E destacam como traços marcantes deste processo:

A consolidação da democracia política formal e ampliação dos direitos civis;
a ampliação da capacidade regulatória do estado sobre a economia;
a eliminação ou restrição dos mecanismos de apropriação privada das receitas públicas e a melhoria do controle das contas públicas;
a ampliação do controle social sobre o estado e as atividades corporativas nos setores de prestação de serviços públicos, a implantação de mecanismos de democracia participativa em diversos níveis e áreas da gestão pública especialmente no campo das políticas sociais;
a ampliação da proteção social, incluindo-se aqui, em um conceito alargado, desde a assistência aos doentes e proteção à saúde e educação pública até a ampliação do direito à previdência social, os mecanismos de transferência de renda e a recuperação do salário mínimo, como a conseqüente melhoria das condições básicas de vida da população e posterior redução das desigualdades sociais. (p. 57).

Amélia Conh (2009) apresentou uma reflexão crítica sobre os 20 anos do SUS e a apontou neste contexto, que considerando o modelo de desenvolvimento adotado no Brasil há uma enorme dificuldade de reconhecer os investimentos na área social como geradores de dinâmicas econômicas virtuosas, quer do ponto de vista da

geração de empregos, quer do ponto de vista da geração de novos circuitos econômicos que não aqueles circunscritos ao grande capital, em particular ao capital financeiro (COHN, 2009).

Pontua ainda, a autora, que o setor saúde está, portanto, desafiado a:

[...] não cair nas armadilhas pós-modernistas dos individualismos e subjetivismos, mas buscar identificar quem são e onde se constroem novas redes de sociabilidade e novas identidades sociais, para tentar deslindar como fazer para que o mundo da vida, na vertente habermasiana, não sucumba ao mundo do sistema, na vertente tecnicista, re-qualificando a dimensão da política de tal modo que se rearticulem as dimensões técnica e social nos projetos para a saúde. (COHN, 2009, p. 1619).

Afirma a autora que desde a década de 90 aos anos recentes ocorre uma perda do caráter reflexivo da produção acadêmica e não acadêmica do campo da saúde coletiva, subsumida pela visão tecnicista da implantação ou implementação do SUS (COHN, 2009).

Na visão de Cohn (2009) o debate deslocou-se das questões propostas na Reforma Sanitária que eram a democracia, o papel do Estado, as dimensões estruturais do processo saúde/doença e o projeto nacional de nação para estudos de caráter pragmático e tecnicista.

Considero importante destacar que o movimento pela reforma sanitária e os movimentos pela redemocratização do país, estiveram associados a lutas por mais justiça social e equidade (COELHO, 2010). A democracia era vista por estes movimentos não apenas como um valor em si, mas também como um mecanismo para solucionar o problema das desigualdades sociais possibilitando condições que melhorassem o estado de saúde da população como o acesso mais equitativo aos serviços de saúde (COELHO, 2010).

Há uma expressão singular na Constituição Federal de 1988, do entendimento da saúde na sua amplitude, considerando os condicionantes como ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação, bem como a garantia de ações e serviços de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva. O direito à saúde seria, portanto, efetivado mediante a adoção de políticas públicas que evitassem também o 'risco de agravos a saúde humana'.

Concordo com o posicionamento de Almeida Filho (2010) acerca dos modelos explicativos da história do processo saúde-doença, quando assinala que em

todas as etapas e para todos os elementos da problemática da saúde-doença como questão científica e tecnológica, ressalta o seu caráter histórico e político.

O autor associa, por exemplo, que o modelo da história natural da doença, poder-se-ia dizer *história social da saúde*. Conforme esta visão deve-se compreender que os processos da saúde-doença-cuidado são objetos complexos da saúde. Visando a estender, neste sentido, o escopo de estudo dos fenômenos relativos à saúde, ação e a vida, assim como o sofrimento, a dor, as aflições e a morte de seres humanos, transcendendo o âmbito biológico restrito para uma abordagem dos sistemas ecossociais e culturais (ALMEIDA FILHO, 2010).

Acredito ser fundamental reforçar os fatores envolvidos na produção da saúde, para deixar claro que a ideia que alicerça a saúde no seu sentido ampliado resulta também da implementação de um conjunto de políticas sociais e econômicas comprometidas com o bem-estar coletivo, ou seja, exige um Estado democrático.

Neste debate acerca do sucesso de implementação de políticas públicas Menicucci (2009) destaca, que este está associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos *objetivos da política* e, particularmente, do *suporte político*.

Afirma esta autora, que a implantação de uma política pública exige decisão e iniciativa governamental e instrumentos para efetivá-la que seriam: a disponibilidade de recursos financeiros e o suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente pela política. Reforça ainda que a viabilidade política é crucial, dado que as variáveis 'sustentação política' e 'legitimidade da política' são fundamentais para a implementação (MENICUCCI, 2009).

A proposição de Menicucci (2009) remete a um questionamento: teria o SUS um suporte político organizado na atualidade? De que forma isto se concretiza? Em que medida a sociedade brasileira deseja um sistema público de saúde? Talvez, estas questões façam sentido na discussão da relação público-privado que existe no debate sobre a implementação do SUS.

Menicucci (2009) refere que o **maior desafio** para a construção institucional do sistema de saúde do Brasil que garanta maior efetividade e sustentabilidade, relaciona-se à definição das formas de articulação do *mix* privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Conforme destaca a autora, ocorreu no Brasil a institucionalização de um sistema dual, que demanda a construção

social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema “único” e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde (MENICUCCI, 2009).

Argumenta Martins (2013) sobre a falta de clareza existente no Brasil acerca do que o autor chama *da separação clássica do liberalismo entre o público e o privado*. Segundo Martins (2013) o que se chama privado “[...] é um modo de funcionamento das elites rurais e urbanas que apenas existe graças ao acesso privado aos recursos estatais” (p.111). Para o autor, “[...] trata-se de um privado oligárquico e não do privado mercadológico tradicional, como podemos deduzir analisando as relações incestuosas dos planos de saúde privados com os fundos estatais.” (MARTINS, 2013, p. 11).

Martins (2013) em referência à dependência do SUS da capacidade estatal para arrecadar os recursos necessários e suficientes para assegurar a plena inclusão de todos relaciona-a também ao regime jurídico nacionalista que limita a amplitude do universalismo desse modelo de proteção social, o que representa o próprio limite da socialdemocracia como fonte de legitimação da democracia participativa (MARTINS, 2013).

Reforça que, em alguns países, tomando como exemplo Dinamarca, Suécia e Noruega, o financiamento em saúde tem exigido um amplo *financiamento coletivo das políticas públicas*, assegurado por elevadas tributações sobre os rendimentos pessoais (MARTINS, 2013).

Entendo que este debate tem estado presente, mas ainda com tensões que não geraram significativas mudanças para o fortalecimento do SUS. Defendo, todavia o SUS, como expresso na Carta Magna e acredito que a proposição de uma agenda de saúde que ultrapasse a atuação do SUS, como recomendam Menicucci (2009) e Martins (2013), sustentada no conceito constitucional de direito à saúde, garantido por um conjunto de políticas públicas pode ser um caminho promissor.

Entendo, nesse sentido, que é fundamental ultrapassar os limites do setor saúde e adentrar no campo das práticas das políticas públicas, compreendendo a ação intersetorial no Estado, como também reconhecer a necessária luta a ser empreendida pela sociedade civil para efetivação de direitos num sistema capitalista. Esta abordagem, por sua vez requer o entendimento de saúde a partir da

determinação social, ainda pouco presente na sociedade brasileira que se fundamenta, ainda na biomedicina.

Recorro a Martins (2013) para compreender melhor a questão do direito de consumir tão em voga no discurso atual. O autor reconhece as dificuldades da teoria social em avançar na crítica de acumulação contemporânea do capital, e conclui que a *“acumulação fundada na cidadania dos consumidores contribui para concentrar o capital e aumentar as desigualdades sociais.”* (p.111).

Segundo Martins (2013) as políticas de organização da cidadania baseadas na inserção pelo consumo aparentam conter um elemento democrático, que é o reconhecimento dos direitos de todos os indivíduos de consumirem, contudo, destaca que estas políticas de investimento da cidadania dos consumidores são reducionistas e menosprezam os elementos fundamentais da cidadania democrática: aqueles de ordem solidária, da moral coletiva, do respeito, do reconhecimento mútuo e da participação com transparência (MARTINS, 2013).

Retomo a análise sobre o SUS apresentando o posicionamento crítico do Centro Brasileiro de Estados de Saúde (CEBES) num editorial intitulado: em defesa do direito universal à saúde: saúde é um direito e não negócio, publicado em janeiro de 2014 na comemoração dos 26 anos da política pública de saúde brasileira.

O CEBES juntamente com a ABRASCO e o CNS, reconhecendo o direito universal à saúde como uma bandeira dos movimentos sociais brasileiros desde a década de 1970 colocam na arena uma reflexão importante sobre os conceitos de *direito universal à saúde e cobertura universal de saúde*. Considero esta discussão extremamente necessária, sendo importante uma leitura crítica deste processo. O texto traz a seguinte assertiva:

A disputa entre o direito universal à saúde e sua exploração como um negócio assumiu, há poucos anos, uma nova dimensão com o surgimento da proposta de ‘cobertura universal de saúde’ liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal proposta, apesar de utilizar a ideia da universalidade, visa a combater o conceito de direito universal à saúde para fortalecer o papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde. A proposta vem ganhando espaço desde 2005, quando a Assembleia da OMS aprovou a resolução 58.33 – “financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde”. (CEBES, 2014, p.194).

Há, portanto, que ser reconhecido, no meu ponto de vista, que diversas organizações internacionais pautadas por uma intencionalidade capitalista proclamam um discurso mercantilista da saúde. A argumentação da resolução 58.33 da OMS

centra-se no pressuposto de que há diferentes fontes de financiamento nos sistemas de saúde, com os riscos financeiros a eles inerentes, o que justificaria a necessidade de sua proteção por meio da maior participação dos capitais privados (CEBES, 2014).

As ideias de risco e de proteção, contidas no documento da OMS, constituem o núcleo central do setor de seguros privados, ramo específico do mercado financeiro que movimenta fortunas com a venda de cobertura ou proteção contra diversos riscos para o mercado. (CEBES, 2014, p. 195).

Conforme denúncia do CEBES, a fórmula da ‘cobertura universal de saúde’ aparece de forma evidente no documento publicado pela Fundação Rockefeller “Mercados futuros de saúde: uma declaração da reunião em Bellagio”. Tal documento resultou de encontro promovido pela Fundação Rockefeller, em 2012, defendendo abertamente que:

[...] uma parcela crescente da população de diversos países está disposta a pagar por serviços de saúde e que poderosos atores do mercado se propõem a investir para que países de renda média e baixa adotem sistemas de saúde baseados na lógica do seguro. (CEBES, 2014, p. 195.).

Aponto, a partir do exposto, que isto se trata também de promover uma ruptura da responsabilidade do Estado com a saúde coletiva, como também de favorecer as populações com melhor rendimento, fortalecendo uma ideia de que os pobres e miseráveis ficam aos cuidados do Estado – leia-se piores serviços de saúde, traduzindo-se num pacote básico e focalizado de programas e políticas, especialmente na APS numa visão elitista conservadora. E as populações que podem pagar estariam aos cuidados do mercado capitalista, que assumiria o controle sobre o processo saúde-doença humano em uma dimensão impensável e manipuladora, centrando-se numa perspectiva biomédica.

O Cebes conclamou toda a população brasileira e os candidatos a cargos políticos nas eleições de 2014 a repudiar:

- (1) a proposta enganosa e mal intencionada de ‘cobertura universal da saúde’;
- (2) o voto do Brasil favorável a tal proposta na sua 67ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2012;
- (3) a continuidade da isenção no imposto de renda dos gastos das pessoas e empresas com planos de saúde privados;
- (4) a prática dos governos federal, estaduais e municipais de fornecer aos funcionários públicos e seus dependentes planos privados de saúde;
- (5) assim como a contratação de entidades privadas para a gestão de serviços públicos de saúde, responsáveis pela introdução da lógica privada

em detrimento dos interesses públicos nesses serviços. (CEBES, 2014, p.196).

Apesar do exposto, ficou evidente que este debate não foi pautado pelos candidatos à Presidência da República. A centralidade da saúde foi dada a oferta de serviços médico-hospitalares numa lógica hospitalocêntrica. Reconheço, com efeito, a necessária atuação do Estado na garantia de serviços de saúde de qualidade tanto no âmbito da atenção básica à saúde, atenção secundária e terciária, ou média e alta complexidade, pela insuficiência da rede de atenção à saúde.

Contudo é fundamental explicitar que o SUS é muito mais do que assistência, e, é essencial avançar na estruturação da vigilância em saúde, em especial a vigilância em saúde do trabalhador e saúde ambiental, por exemplo. Reconhecer que o enfrentamento dos problemas à saúde relacionados à contaminação e exposição das populações e ambientes a poluentes químicos de natureza diversa, tais como: agrotóxicos, benzeno, urânio, mercúrio entre outros metais pesados precisam ser debatidos e enfrentados numa perspectiva de saúde, que está sendo minimizada pelo Estado brasileiro.

O Cebes sugeriu que a luta da saúde coletiva, da sociedade brasileira pelo SUS, considerasse como pauta estruturante do debate: “o aumento das despesas públicas com saúde da União para um mínimo de 10% do orçamento federal; fortalecimento da rede pública do SUS e da capacidade de gestão do Estado sobre os serviços públicos de saúde” (CEBES, 2014, p.196).

Concordo com a necessidade de avançar neste processo que está bastante frágil no atual contexto em que se flexibiliza direitos em nome de direitos, como por exemplo, em nome do direito ao desenvolvimento fere-se o direito à saúde, entre outros.

Recorro a Santos (2013) que explicita a tensão existente entre o desenvolvimento e os direitos humanos individuais e coletivos, nomeadamente o direito à autodeterminação, o direito a um ambiente saudável, o direito à terra e o direito à saúde para explicitar que esta compreensão de cobertura universal e seguro social de saúde alicerça-se numa relação conflituosa entre o desenvolvimento econômico e os direitos sociais.

Passo a um breve detalhamento do PAC da Saúde, com vistas a trazer aspectos centrais que estão imbricados na lógica desenvolvimentista, que fere a cidadania com intuito de trazer notas para o debate.

Seção 3: A relação saúde e desenvolvimento no programa de aceleração do crescimento da saúde (pac – saúde) no Brasil.

O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) foi lançado em janeiro de 2007 no Brasil objetivando promover a aceleração do crescimento econômico, o aumento do emprego e a melhoria das condições de vida da população brasileira. No ano de 2008, dando continuidade à política desenvolvimentista foi publicado, durante o governo Lula o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, ou PAC da Saúde. O PAC apresentou uma previsão de um recurso da ordem de 503,9 bilhões de reais em ações a serem executadas, no período compreendido entre 2007 e 2010 em todo o País.

Pessoa (2010) refere que o PAC já provocara significativas transformações nos territórios, com potencial para incidir nos condicionantes da saúde, trazendo repercussões para o processo saúde/doença. Esta percepção das alterações socioambientais e da existência de numerosos conflitos socioambientais, caracterizando diversas situações de injustiça ambiental em comunidades vulnerabilizadas historicamente culminou na realização do “Seminário sobre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e suas Interfaces com o PAC”.

O referido seminário contou com o apoio do CNS e juntamente com a Secretaria Geral da Presidência da República analisaram o conjunto de medidas administrativas e jurídicas que visavam à remoção dos obstáculos ao crescimento, bem como seus três eixos de infraestrutura – logística (rodovias, ferrovias, portos, aeroportos, etc.); energética (geração e transmissão de energia hidrelétrica, petróleo, gás natural e combustível renovável); social urbano (habitação, saneamento, luz para todos, recursos hídricos e metrô).

O produto do “Seminário sobre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e suas Interfaces com o PAC” apontou que o PAC está centrado numa perspectiva que abraça a ideia de crescer economicamente com um diálogo bastante incipiente ante um projeto de nação que enfrente os desafios sociais e ambientais de forma não excludente, protegendo os mais vulneráveis.

Em consonância com a noção de crescimento econômico como gerador de melhoria de qualidade de vida o PAC fomenta a expansão do agronegócio, da cadeia do ferro-aço e da bauxita-alumínio focando as eletro intensivas. Ressalta Pessoa (2010) que são numerosos os projetos setoriais que incidem sobre os territórios de maneira pouco integrada, o que contribui para o uso intensivo de bens naturais e o favorecimento da reprodução das desigualdades regionais e sociais.

Evidenciou, também, o Seminário que a acelerada expansão do agronegócio, centrado na monocultura e fruticultura irrigada para a exportação adotando um modelo agroexportador de *commodities* enseja repercussões sobre a produção e o preço dos alimentos, que associados às péssimas condições de trabalho especialmente neste setor, como apontam diversos estudos, aliada à exploração do trabalho tem promovido impactos à saúde humana ocasionando mortes, lesões osteomusculares e intoxicações por agrotóxicos (RIGOTTO 2011; PESSOA, 2010).

Bezerra *et al.* (2014) destacam que os investimentos do PAC têm contemplado a região Nordeste, e nesta por exemplo, o Ceará, em que estão sendo implantados empreendimentos da cadeia do ferro/aço e da bauxita/alumínio - eletro intensivas. Segundo as autoras as indústrias instaladas e ou previstas para o complexo industrial e portuário do Pecém/Ceará (CIPP) são as termelétricas (uma a gás natural e outra a carvão mineral), uma siderúrgica com coqueria e uma refinaria de petróleo. Explicitam que esses processos produtivos têm se legitimado com a marca de geradores de emprego e renda e são utilizados como uma estratégia para realçar o desenvolvimento econômico em regiões e estado mais pobres da federação.

Observa-se, contudo que há um confronto entre as comunidades atingidas e as notícias difundidas pelo governo estadual e veiculadas pela mídia, de um modo geral, que enfocam positivamente o desenvolvimento econômico, a geração de empregos e as melhorias na infraestrutura. Percebe-se também, que se constrói por esses meios de comunicação uma aceitação desses empreendimentos pelos cidadãos que não vivenciam de perto esta realidade (BEZERRA *et al.*, 2014).

Pessoa (2010) entende que estes processos de transformações territoriais, com impactos ambientais e no modo de viver com incidência cultural e no trabalho, impõem a necessidade de criação de novas competências locais, especialmente nestas áreas de intervenção do PAC. Faz-se essencial realizar uma leitura analítica

destes projetos, a partir dos contextos territoriais, considerando as condições de vida e saúde, reconhecendo as alterações econômicas, como também a transição demográfica, epidemiológica e como esta se relaciona com o desenvolvimento vigente.

Uma atuação consistente da saúde coletiva, como também da ESF e da vigilância em saúde nestes territórios só se efetivará por meio de monitoramento e avaliação permanente e participativa. Ou seja, envolve a participação das comunidades, profissionais de saúde e pesquisadores na fase de elaboração dos projetos e durante sua implementação, como também a *posteriori* (PESSOA, 2010). No meu entendimento, de certa forma, este caminho vem sendo trilhado na saúde coletiva especialmente pelos pesquisadores dos campos da produção, ambiente, saúde que consideram a inter-relação entre estes processos e saúde humana no Brasil.

Reconheço, contudo, que estes grupos ainda são minorias na saúde coletiva, considerando o volume de projetos e a necessidade de pesquisas a serem realizadas para responder às demandas de conhecimentos que afloram em decorrência destes processos desenvolvimentistas. Dentre as possibilidades de contribuição da academia destaca-se o: desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar os impactos dos projetos do PAC sobre a saúde das populações e os ambientes de intervenção; incorporação da percepção social nos estudos e pesquisas como também constituir-se como instância consultiva à disposição da sociedade nos processos de licenciamento ambiental, no monitoramento das intervenções na avaliação dos impactos do PAC, conforme aponta o documento final “Para garantir o direito à Saúde no PAC” (ABRASCO, 2007).

O Estado, segundo o documento final do Seminário está intimado a atuar mapeando os empreendimentos do PAC nos territórios de intervenção, indicando as situações de risco e vulnerabilidades sociais, ambientais, institucionais e de conhecimento; como também promover estratégias e ações intersetoriais, com vistas à superação das vulnerabilidades e situações de risco diagnosticadas e da proteção da saúde e do meio ambiente; promover a articulação intersetorial na execução e monitoramento dos projetos mediante diretrizes de governo e garantidas por medidas gerenciais integradas, avaliadas segundo indicadores adequados; estruturação dos setores da saúde, meio ambiente, infraestrutura, trabalho/emprego, previdência

social, agricultura e educação no âmbito da União, estados, distrito federal e municípios para atender integralmente à saúde dos trabalhadores e das populações que sofrem o impacto de empreendimentos produtivos ou obras de infraestrutura; ampliar e fortalecer os quadros de profissionais públicos nas ações do estado na garantia da saúde e do meio ambiente com qualidade; especificação dos cuidados com o ambiente e a saúde do trabalhador e de outros grupos populacionais vulneráveis nos processos licitatórios das obras e nos financiamentos pelos Bancos Estatais; realização de licenciamento ambiental mediante competência técnica, supervisionada pelo Estado, com transparência metodológica e acessível ao controle social, internalizando os aspectos de saúde e vulnerabilidades no contexto do trabalho e socioambiental (ABRASCO, 2007).

Frente ao exposto como demanda social ao Estado brasileiro e as correntes que defendem o desenvolvimento econômico como gerador de saúde e por outro lado a defesa de que é preciso investimento em políticas sociais, como a saúde, por exemplo, para gerar desenvolvimento constitui-se um desafio a ser enfrentado pela sociedade brasileira.

Nesse imbricamento me posiciono na defesa de que as políticas sociais são essenciais para o desenvolvimento que quero no Brasil. Um desenvolvimento que seja pautado nos princípios éticos da igualdade e da justiça social, com reforma agrária, acesso à terra para quem dela vive, a educação, a saúde, a moradia, o trabalho com dignidade, respeito ao modo de produção tradicional de camponeses, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, dentre outras comunidades tradicionais. Populações que têm um modo de vida e que têm uma relação com a natureza mediada por uma lógica da convivência e respeito à vida, e não na lógica do lucro e da exploração da natureza.

Atentar ao que está circunscrito no documento que descreve o PAC da Saúde é fundamental:

Um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente. Não basta ter uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação crescente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões, o combate à pobreza e a participação e organização da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida. (BRASIL, 2008, p.5).

Segundo o documento que apresenta o PAC da Saúde (2008) o entendimento existente das ações de saúde voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência como um ônus ou um fardo que apenas onera o orçamento público mostra-se limitado para pensar a saúde como parte constitutiva da estratégia de desenvolvimento e como uma frente de expansão para um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o bem-estar social (BRASIL, 2008).

O relatório do PAC da Saúde (2008) afirma que a saúde contribui tanto para os direitos de cidadania quanto para a geração de investimentos, inovações, renda, emprego e receitas para o Estado. Segundo o PAC da Saúde (2008), em termos econômicos, a cadeia produtiva da saúde, englobando as atividades industriais e os serviços, representa entre 7% e 8% do PIB, mobilizando um valor em torno de R\$ 160 bilhões, e constitui uma fonte importante de receitas tributárias. (BRASIL, 2008, p.6).

No que concerne ao SUS o relatório descreve, em tópicos, um *diagnóstico* apresentando as principais lacunas, que inicialmente serão objetos de intervenção do PAC da Saúde, conforme citadas a seguir:

A reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas, caracterizando um insulamento das ações governamentais frente às necessidades de qualidade de vida da população, que depende da convergência de um amplo conjunto de políticas.

A presença de uma significativa iniquidade de acesso, observada em muitas doenças e agravos, envolvendo, por exemplo, dificuldades para cobrir o conjunto de pessoas com hipertensão e diabetes, para o acompanhamento pré-natal das mulheres grávidas, para conferir maior abrangência no fornecimento de orientação, prevenção e tratamento para os diversos tipos de câncer e para atender ao conjunto das necessidades na área de doenças transmissíveis, em grande parte negligenciadas pelos esforços mundiais de pesquisa e de produção.

A oferta de bens e serviços permanece fortemente desigual na sua distribuição territorial, reproduzindo a desigualdade pessoal e regional que caracteriza o desenvolvimento brasileiro. Observam-se vazios assistenciais dentro das regiões metropolitanas, em sub-regiões menos dinâmicas e mais pobres de todo o País e no nível das macrorregiões, no qual as regiões Norte e Nordeste são claramente carentes de condições adequadas de oferta e de acesso.

O descompasso entre a evolução da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde. No momento em que o SUS iniciava sua consolidação com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica nº 8.080, em 1990, a base produtiva industrial em saúde se deteriorava. Essa regressão é evidenciada pela explosão do déficit comercial a partir dos anos 90, com um crescimento de mais de sete vezes em termos reais, atingindo um patamar superior a US\$ 5 bilhões concentrado nos produtos de maior densidade de conhecimento e de inovação, o que representa uma séria vulnerabilidade da política social.

O movimento de descentralização e de municipalização das ações de saúde, embora forte e de alta relevância, ocorre de modo fragmentado, perdendo-se uma visão regionalizada do País. Assim, ainda há muito a avançar na organização do SUS como uma rede federativa, regionalizada e hierarquizada, de modo a superar a situação de desigualdade na oferta e a conferir maior eficiência sistêmica às ações implementadas.

O predomínio de um modelo burocratizado de gestão, segundo o qual o controle ineficiente dos meios ocorre em detrimento dos resultados e da qualidade da atenção à saúde. Esse modelo burocratizado perpassa toda a organização do sistema, caracterizando tanto a relação entre a União, os estados e os municípios até o modelo de gestão das unidades de saúde.

O subfinanciamento do SUS, evidenciado tanto pelo gasto per capita (6% do Canadá, 11% da Espanha, 56% do México, para dar alguns exemplos) quanto por indicadores simples, mas inquestionáveis, como o preço da consulta médica (R\$ 10) ou de uma cirurgia cardíaca.

A precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos, constituindo uma deficiência expressiva que compromete o desempenho do sistema, que abarca desde o nível federal até a ponta do sistema, onde **programas estratégicos de atenção básica – como a Estratégia Saúde da Família (ESF) – são claramente fragilizados. Essa questão interfere tanto na qualidade das ações de promoção, prevenção e atenção quanto na própria conformação da política de saúde como uma política estável de Estado.** (p.7, grifo nosso).

Destaco o pensamento de Cohn (2009) acerca do processo de formulação de estudos tecnicistas e pragmáticos no campo da saúde, que na visão da autora tendem a tomar como sinônimos conceitos com conteúdo distintos, tais como:

universalização: confundido como simples expansão de oferta; acesso e acessibilidade: ambos confundidos como oferta de serviços; acesso: também confundido como cobertura e oferta de serviços; gestão: confundido como gerência de serviços, enquanto aquele se refere ao conteúdo da gerência, e esta à dimensão administrativa propriamente dita; controle social e participação social: sem diferenciar controle da sociedade e promoção e fortalecimento de novos espaços públicos para a criação de novos sujeitos sociais (p. 1615).

Menicucci (2009) analisando o PAC – Saúde sinaliza para a vinculação de saúde com desenvolvimento retomando a discussão da saúde enquanto direito social básico, contudo a concretização desse processo na visão da autora depende:

[...] da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento, que contemple a inclusão social, a reversão das iniquidades entre pessoas e regiões, o combate à pobreza, a participação e organização da sociedade. Por outro lado, trata-se de pensar a saúde como parte constitutiva da estratégia de desenvolvimento e como uma frente de expansão para um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o bem-estar social. (MENICUCCI, 2009, p. 1625).

Dentre os destaques da autora como desafios para o SUS tem-se primeiramente a necessidade de promover uma resignificação do sistema de saúde público brasileiro para que ele não continue sendo o SUS para os pobres. Soma-se a este desafio outros que de certa forma estão enraizados na lógica referida de “SUS pobre para pobres”, tais como a:

politização da questão da saúde, abordando a definição do financiamento e a resposta à questão; a necessidade de uma macrorregulação que, defina a relação público/privado; a necessidade de integração de políticas públicas não apenas voltadas para o desenvolvimento, mas também para o bem-estar. (MENICUCCI, 2009, p. 1625).

Utilizando como base o diagnóstico do SUS acima referido no Programa Mais Saúde: Direito de Todos foram definidas sete diretrizes estratégicas que norteiam os Eixos de Intervenção, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos previstos que estruturam o documento para o período de 2008 a 2011.

- (i) Avançar na implementação dos princípios constitucionais para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, mediante um conjunto de ações concretas organizadas em eixos que permitem associar o desenvolvimento econômico e o social, envolvendo tanto o investimento em capital físico quanto nos trabalhadores e profissionais de saúde.
- (ii) **Consolidar as ações de Promoção da Saúde e a Intersectorialidade no centro da estratégia, como decorrência da articulação das ações de saúde com a nova orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro, vinculando crescimento, equidade e sustentabilidade com um novo modelo de atenção centrado na busca de qualidade de vida como uma política nacional e federativa de governo.**
- (iii) Priorizar, em todos os Eixos de Intervenção os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, a saber: saúde do idoso, mental, do trabalhador e da pessoa portadora de deficiência; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às emergências de saúde pública de relevância nacional e à ocorrência de doenças, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, além da Promoção da Saúde e do **fortalecimento da Atenção Básica**, tratadas em eixos específicos deste programa.
- (iv) Aprofundar a estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, seguindo as diretrizes aprovadas pelo Pacto da Saúde, buscando um aumento decisivo da eficiência sistêmica e organizacional em saúde e retomando o papel central do Governo Federal na organização de redes integradas e regionalizadas de saúde no território brasileiro.
- (v) Fortalecer o Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde, permitindo associar o aprofundamento dos objetivos do Sistema Único de Saúde com a transformação necessária da estrutura produtiva do País, tornando-a compatível com um novo padrão de consumo em saúde e com novos padrões tecnológicos adequados às necessidades da saúde.
- (vi) Dar um expressivo salto na qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde, para associar a flexibilidade gerencial ao compromisso com metas de desempenho, mediante a introdução de mecanismos de responsabilização, acompanhamento e

avaliação e com uma clara priorização dos profissionais de saúde em termos de qualificação e do estabelecimento de relações adequadas de trabalho.
 (vii) Equacionar a situação de subfinanciamento do SUS envolvendo a regulamentação da legislação existente (EC 29) e a participação adequada e estável da receita pública no financiamento da saúde, de acordo com os preceitos constitucionais que asseguram à população brasileira a atenção universal, integral e equânime (p.8, grifo nosso).

Detenho-me brevemente na reflexão sobre o eixo da promoção da saúde mais adiante e destaco a intersetorialidade, pois compreendo estas duas dimensões como estratégias para a ESF. O documento pontua o entendimento da saúde como resultante de condicionantes como saneamento, habitação, educação e da cultura até as políticas voltadas para a geração de renda e emprego.

Quanto à intersetorialidade nas ações relacionadas à saúde humana refere que esta se manifesta concretamente nas localidades e nos ambientes institucionais onde vivem as pessoas, condicionando sua qualidade de vida. A escolha do programa para focar as ações intersectoriais são os municípios (utilizando-se da estratégia de municípios saudáveis), nos espaços das escolas e nos ambientes de trabalho.

Não apresenta uma possibilidade de ações intersectoriais e comunitárias, desenvolvidas de forma participativa e integrada com os diversos setores e grupos sociais existentes em cada território que tem seus direitos, por vezes, violados. O entendimento da intersetorialidade é que estas são ações que possuem alta complementaridade e sinergia, contudo não apresenta uma proposta de desenvolvimento destas que efetivamente seja transformada, tais como o são os empreendimentos das realidades locais.

Busco auxílio em Inojosa (2001) para indicar as críticas ao prefixo *inter*, considerando que o prefixo *trans* no campo organizacional e institucional expressam melhor a ideia. Para a autora a ideia é definir intersetorialidade ou transectorialidade:

[...] como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a idéia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (INOJOSA, 2001, p. 105).

Destaca a autora que a crítica ao prefixo “inter” decorre do entendimento de que este poderia significar apenas a proximidade de saberes isolados, sem produzir novas articulações, o que tem acontecido com a ideia da equipe multiprofissional, que pretendia articular vários saberes profissionais com vistas a solucionar um mesmo problema, mas que, na prática, ficou limitado, na maioria das vezes, a reunir diferentes profissionais em um mesmo lugar ou com igual objeto, sem que o diálogo prosperasse (INOJOSA, 2001).

Defende a partir do exposto, para se caminhar na direção da transetorialidade: “mudança de paradigma; projeto político transformador; planejamento e avaliação participativos e com base regional; atuação em rede de compromisso social” (INOJOSA, 2001, p. 106).

A proposta apresentada pelo PAC da Saúde consiste na mobilização da sociedade e do Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis.

Esta afirmação é provocativa de algumas reflexões. O que seria esse grande esforço articulado e intersetorial do ponto de vista dos trabalhadores e trabalhadoras do agronegócio expostos a agrotóxicos, por exemplo? Que práticas saudáveis o Estado tem fomentado para proteger a saúde dos trabalhadores e comunidades rurais impactadas? Práticas e comportamento saudáveis individuais resultariam em boas condições de vida e trabalho para os trabalhadores e os moradores dos territórios em situação de vulnerabilidade socioambiental? Considero essencial trazer estas reflexões para o centro do documento do PAC com a intencionalidade de desvelar uma imensa teia de significados e sentidos subsumidos no discurso, como uma perspectiva analítica diferente do que a saúde coletiva tem debatido.

Cohn (2009) e Menicucci (2009) afirmam que a estruturação do sistema nacional de saúde tem, também, como desafios o distanciamento das questões centrais aliada ao fato do Estado apresentar uma baixa capacidade regulatória e de promoção da integração *inter e intra setorial* na gestão da área social, e ainda incapacidade de articular a dimensão econômica e social das políticas sociais.

Conclui-se, portanto que a atuação intersetorial para se dar, precisa primeiramente, avançar na dimensão intrasetorial, e, que para agir de forma articulada

desenvolvendo ações de promoção, proteção e atenção é necessário trazer à tona grandes debates sobre os diversos modelos de atenção que convivem e competem no seio da sociedade brasileira.

Por ora, retomo alguns êxitos que Menicucci (2009) destacou na dimensão da prática da intersectorialidade em busca da saúde do povo brasileiro. Os movimentos que ultrapassaram as barreiras setoriais apontados pela autora foram: a discussão do aborto que resultou na realização de 220 mil curetagens, em 2006; a questão do tabagismo que redundou na proibição da venda de bebidas em rodovias e na proibição de dirigir após o consumo de álcool; a 13ª Conferência Nacional de Saúde/2007, que teve como tema central Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento; a aprovação do Pacto em Defesa do SUS, em 2006 com o objetivo de consolidar a política pública de saúde como uma política de Estado e que teria no financiamento público da saúde um dos seus pilares, tendo como estratégia a mobilização social, com um fim de repolitizar a questão da saúde. (MENICUCCI, 2009).

Na descrição do eixo de Promoção da Saúde no documento do Programa Mais Saúde afirma-se que a promoção da saúde e a intersectorialidade são o núcleo central da consolidação das ações, como descrito abaixo:

Consolidar as ações de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade no centro da estratégia, como decorrência da articulação das ações de saúde com a nova orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro, vinculando crescimento, equidade e sustentabilidade com um novo modelo de atenção centrado na busca de qualidade de vida como uma política nacional e federativa de governo (p.7).

Como desdobramento dessa percepção e com vistas a consolidar uma visão de que a saúde é fruto de um amplo processo social no qual a assistência médica é apenas um de seus componentes, reconhece-se que um ambiente socioeconômico condiciona uma sociedade saudável e deve-se associar também à disseminação de práticas e comportamentos “promotores de saúde”.

Retomando ao PAC da saúde, este apresenta um recurso investido de R\$ 2,2 bilhões para a implantação das seguintes medidas:

- (i) Propor à Câmara de Políticas Sociais, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República, a articulação dos programas governamentais que têm impacto relevante na saúde e na qualidade de vida.
- (ii) Implementar em 1.000 municípios ações de promoção e monitoramento para gestantes e a população de zero a cinco anos, a partir

de critérios definidos pela Câmara de Políticas Sociais (Brasileirinhos Saudáveis).

- (iii) Expandir as Ações de Planejamento Familiar.
- (iv) Estimular o aleitamento materno.
- (v) Implementar o Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas.
- (vi) Estabelecer programas de educação e comunicação para a promoção de hábitos que reduzam os riscos de doença.
- (vii) Promover a revisão de medidas legais capazes de reduzir o impacto dos riscos à saúde originados pelo consumo de produtos potencialmente nocivos à saúde.
- (viii) Fortalecer e ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.
- (ix) Implementar a estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis, no âmbito maior da estratégia dos municípios saudáveis, em conjunto com o Ministério do Trabalho “Empresas Promotoras da Saúde”. (Grifos nossos).
- (x) Fortalecer e ampliar as ações de promoção para a Atenção Integral à Saúde do Idoso.
- (xi) Promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBTT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros) (p.13).

Posto esse panorama da política de saúde no contexto do desenvolvimento econômico no Brasil para situar o leitor que há um leque de desafios na efetivação de um SUS universal, equitativo e integral. Isto me traz mais reflexões, a partir do ponto de atenção à saúde, que é a ABS, considerando as dimensões da micropolítica e da macropolítica nos territórios: em que medida *a ABS, ordenadora da rede de serviços de saúde, por meio da implantação da ESF está em processo de transição em termos de paradigma de ciência?* Em um capítulo mais adiante abordarei os temas da ABS e da ESF.

Reafirmo, enquanto pertencente à sociedade brasileira, experimentando este modelo dual da política de saúde no País e não só como usuária do SUS, mas também como profissional da saúde pública ou pesquisadora da saúde o desejo de contribuir para a consolidação de um paradigma que resulte em práticas de saúde emancipatórias.

Apresentei este cenário da saúde e desenvolvimento, entrelaçado ao SUS com a compreensão da necessidade de um pensamento complexo, que articula uma pluralidade de conceitos, tais como: intersectorialidade, promoção da saúde, política de saúde, práticas de saúde na intencionalidade de explicitar minimamente a base em que estão estabelecidas as políticas no cenário brasileiro. Volto-me para tecer a visão de necessidades humanas e de saúde que me subsidiam neste estudo.

Seção 4: Aproximações conceituais com as necessidades humanas e de saúde na política pública de saúde.

Pretendo, neste tópico, situar o debate acerca do conceito de necessidades de saúde, tendo em vista que este tem sido recorrentemente utilizado no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde. Interrogo se este uso não passa de retórica discursiva, ou se efetivamente, tem-se um arcabouço teórico-prático de busca de satisfação das necessidades de saúde no SUS.

Interessa-me compreender este conceito em relação à saúde humana, tentando visualizar em que perspectiva seus usos são dissonantes ou se consubstanciam com uma lógica de necessidades humanas básicas, entendidas como necessidades sociais, centradas na premissa do direito à vida.

Entendo que este tema é complexo, denso e, portanto, é essencial refletir sobre o mesmo compreendendo que este está situado no campo das práticas de saúde e no processo saúde-doença, contextualizado as realidades das pessoas/famílias/comunidades em transformação permanente conforme a dinâmica dos territórios na conexão local-global estabelecida nos últimos tempos.

Reconhecer, contudo, a responsabilidade da saúde coletiva neste enredamento, também é de extrema relevância para a elaboração consistente, coerente, e integrada de um conceito na operacionalização dos serviços de saúde. Considero a ESF, com a responsabilidade de tecer novas metodologias de leitura das dinâmicas territoriais para incidir na perspectiva da determinação social da saúde e da promoção da saúde, a meu ver, uma potencialidade deste modelo de atenção.

Entendo que se faz necessário avançar em termos teórico e prático para se constituir práticas de saúde emancipatórias, participativas e constitutivas de uma atuação em saúde, a partir de grupos sociais distintos, contextualizados, reconhecidamente os que padecem mais carecimentos de políticas públicas.

Acredito ser estruturante na abordagem das *necessidades de saúde*, um afinamento conceitual em relação à compreensão de *necessidades humanas*, tendo em vista a relação com a saúde humana, de imediato. Outro percurso que se faz necessário para a abordagem das necessidades de saúde é a compreensão das *necessidades sociais*, entre estas as necessidades de saúde. Outro aspecto

fundamental é a compreensão do contexto vivido quando falo de política pública, que é o Estado capitalista o operador do SUS.

Considero fundamental a reflexão sobre o tema das necessidades de saúde, primeiramente porque o povo brasileiro tem o Sistema Público de Saúde, que tem o compromisso ético-político com as coletividades humanas. Defendo a estruturação de uma rede de serviços de saúde, que deve ter como base a responsabilidade de suprir necessidades de saúde. Seria interessante destacar quais serviços de saúde são ofertados à população brasileira por meio do SUS na atualidade. Contudo, acredito que seria exaustivo e tangenciaria a discussão central das necessidades de saúde.

Remeto, contudo, a minha discussão das necessidades de saúde ao modelo de atenção denominado ESF. Para mim a estruturação das redes de atenção à saúde, que apresenta a atenção, coordenada pela ABS, tem como primazia do seu processo de trabalho que se depara com as necessidades de saúde no exercício cotidiano do trabalho em saúde nos territórios/comunidades.

Conforme ressalta Pereira (2006) o processo de formação e desenvolvimento das políticas públicas tem na sua base as necessidades humanas, que foram problematizadas e se transformaram em questões de direito. Será, portanto esta a perspectiva que adotarei aqui: de *discutir as necessidades de saúde, como necessidades humanas que precisam ser respondidas pelo Estado, enquanto direito*.

A autora argumenta que os seres humanos não são imunes a carecimentos e fragilidades, tendo em vista que não são perfeitos, autossuficientes, onipotentes, infalíveis e imortais. Estes seres humanos também “[...] são criativos e dotados de capacidade de realização que, impulsionada por necessidades *percebidas* e socialmente compartilhadas, tem-lhes permitido superar estados de carência por meio do trabalho, movimentos e lutas, ou de contratos sociais.” (PEREIRA, 2006, p.68).

Resultam da existência deste humano, que *percebe suas necessidades e as compartilha* socialmente – “[...] as políticas, os direitos, as normas protetoras, o trabalho e tantas outras respostas resultantes da *práxis* humana, por meio da qual tanto a natureza quanto a sociedade (e os próprios atores sociais) são transformados” (PEREIRA, 2006, p.68).

Alerta Pereira (2006) que, na “*ausência de definição precisa e coerente de necessidades, as políticas públicas tornam-se inconsistentes*” (p.68), sendo, portanto,

a meu ver, esta definição essencial para a estruturação de práticas de saúde emancipatórias. Em um tópico mais adiante aprofundo a reflexão sobre o modelo de atenção à saúde, denominado ESF, perpassando pelas dimensões do contexto da atenção, vigilância e promoção à saúde, como ações para responder às necessidades de saúde.

Considerando o exposto, este tópico versa sobre estas interações conceituais, numa tentativa de constituir aproximações teóricas, que ancore a partir de uma visão complexa uma perspectiva conceitual de necessidades de saúde. Contudo esta aproximação será sempre permeada por um diálogo com o SUS.

Intenciono avançar em termos de um entendimento de necessidades de saúde, que me auxilie e crie possibilidades de evidenciar como estas foram percebidas/atendidas na ESF no sertão cearense.

Gomes Júnior e Pereira (2013) esclarecem que as necessidades humanas básicas não são um tema consensual e reconhecem a existência de intensos debates sobre suas dimensões, significados e usos. Destacam que a *ideia de necessidade remete a uma situação de ausência ou falta que, se não for adequadamente atendida, poderá causar sérios prejuízos a quem nela se encontra* (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Esta acepção de necessidade encerra, na visão de Gomes Júnior e Pereira (2013), mais ambiguidades do que certezas e reforçam que a noção de necessidades humanas se tornou na contemporaneidade, vulnerável à crítica emanada de duas influentes fontes, a saber: **os economistas políticos neoclássicos, para quem não existem necessidades sociais, mas sim preferências individuais;** e do **pensamento pós-moderno, para quem as necessidades são relativas e variam culturalmente.**

Com efeito, vários autores apontam a existência de uma fragilidade conceitual e teórica das análises sobre necessidades sociais e da linguagem política que permeia as ações sociais concebidas para enfrentá-las (GOUGH; MCGREGOR, 2008, GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013). Gomes Júnior e Pereira (2013) tomando como referência Doyal e Gough (1991) reforçam que as **necessidades sociais** disseminadas nas sociedades capitalistas, tratam-se de um *cognome de preferências particulares*, cuja satisfação só poderá ser provida pelo *mercado*.

Esta perspectiva tem se nutrido com o avanço da inovação industrial, o progresso técnico e a comunicação de massa. Com efeito, o campo das *necessidades coletivas* se singularizou e se identificou com a esfera das preferências, desejos, compulsões e sonhos de consumo, que compõe a dimensão privada e subjetiva das pessoas; nesta visão predomina o entendimento de que somente o indivíduo é capaz de definir os seus interesses e o modo como estes devem ser contemplados (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Resulta desta visão uma compreensão de que a oferta de bens e serviços na sociedade deve considerar somente os interesses privados e os requerimentos individualizados. Na base desta visão tem-se que o mercado é compreendido como a instituição capaz de individualizar essa oferta, ou seja, os interesses individuais, e, por conseguinte, a satisfação destes (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

A economia política neoclássica representada pela fusão de neoliberais e neoconservadores professa a supremacia racional do mercado sobre o Estado na provisão do bem-estar social. Esta concepção tem como ideia central que a propriedade privada dos meios de produção é um direito individual por excelência, deixando explícita a supremacia do consumidor sobre o cidadão (DOYAL; GOUGH, 1991, GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Na economia política neoclássica, as políticas sociais representam, portanto, uma imposição ou arbitrariedade contra a livre escolha individual, ou seja, prevalece o império das especificidades de grupos de interesses e a negação da objetividade e universalidade das necessidades humanas (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Ou, em sentido inverso: de que os interesses e, por conseguinte, as “necessidades” das pessoas somente teriam sentido na medida em que fossem objeto de reconhecimento consciente por parte de seus portadores. Deste modo, tudo o que não for apreendido subjetivamente como necessidade, simplesmente não existirá; e movimentos na direção de generalizar esse ou aquele interesse incidirá em arbitrariedades que contrariarão o direito de escolha dos indivíduos. Logo, o Estado jamais poderá transformar esses interesses em alvo de políticas públicas, posto que nem o Estado e nem essas políticas têm condições de atender preferências pessoais relativizadas (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p.53)

Existem, entretanto, posições diferentes e, que, contribuem para o debate do direito à vida, o que dialoga com o direito à saúde. São posições que contrastam com a visão subjetivista e relativista citada acima, que afirmam que o direito à vida desborda os limites estreitos da noção de sobrevivência. Nesta concepção a vida ou

o de direito à vida devem ser tomados por um significado amplo que envolva, para além da preservação e garantia de sua continuidade material, fatores relativos ao seu pertencimento no espaço social.

Reconhece-se nesta visão tudo aquilo que confira à vida um sentido de participação e de preenchimento adequado de requerimentos em que todos possam agir no sentido de transformar a realidade em busca de uma aproximação de uma existência exitosa (GOUGH, 2003, DOYAL; GOUGH, 1991; PISÓN, 1998; BRAGE, 1999; PEREIRA, 2000; SEN, 2000; GOMES JR, 2007).

Esta compreensão pressupõe o reconhecimento de que existem **necessidades humanas objetivas e universais**, ancoradas na participação autônoma dos indivíduos em arranjos sociais não condicionados a qualquer limitação imposta arbitrariamente, tendo como objetivo fundamental o desenvolvimento humano, conforme explicitam Gomes Júnior e Pereira (2013) parafraseando Doyal e Gough (1991).

Estes autores afirmam que as necessidades humanas são objetivas, porque a sua especificação teórica e empírica não está baseada em preferências individuais e subjetivas; e são universais, porque, a concepção de sérios prejuízos decorrentes de sua não-satisfação, ou satisfação inadequada, é a mesma para todos em qualquer cultura (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013). Vale salientar que do ponto de vista antropológico as necessidades humanas não são consideradas absolutas, que há uma relatividade. Não adentrarei ao escopo antropológico por limitação quanto à apropriação do seu estudo por hora, contudo, reconheço a importância para o campo da saúde coletiva de avançar neste entendimento.

Com efeito, a participação das pessoas requer o reconhecimento de que estas são sujeitos de necessidades, o que equivale assumir que a otimização de sua satisfação avança e se torna mais complexa como decorrência desse reconhecimento na esfera social (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013; ANÓN ROIG, 1994).

As *necessidades humanas* pressupõem que somente o atendimento adequado das mesmas pode impedir que se abata sobre as pessoas sérios prejuízos que comprometam, efetivamente, a possibilidade de as mesmas serem coletivamente informadas para exercerem criticamente o controle da sua própria vida (PEREIRA, 2000; GOMES JR, 2007; GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Estes autores afirmam ser necessário o estabelecimento de um limite claro entre o termo **desejos** e o termo **necessidades**, tendo em vista, a ambiguidade que acompanha a noção de necessidade, que tende a aproximar as duas categorias a ponto de, em determinadas abordagens, serem assumidas como sinônimos (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Além da clareza da distinção entre desejos e necessidades é preciso estar atento para a diversidade das necessidades, como também da sua satisfação, esta última compreendida como o próprio processo da criação de novas necessidades (FRAGA, 2006).

As necessidades humanas básicas são pré-condições universais para a participação social ou a libertação de homens e mulheres das necessidades, sendo estas pré-condições identificadas como saúde física e autonomia. Defendem que saúde física é essencial para alguém viver, ser capaz de agir e de participar socialmente. Reforçam que se trata da mais básica das necessidades humanas do “[...] primeiro pressuposto da existência humana e, portanto, de toda a história” (MARX; ENGELS, 1979, p. 39-40 *apud* GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 55).

Apresentam a defesa de que a **participação social** das pessoas necessita para além da **autonomia de agência da autonomia crítica**, que conforme Gomes Júnior e Pereira

[...] homens e mulheres também necessitam de autonomia de agência, isto é, da capacidade para fazer coisas informadas sobre o que deve ser feito e como proceder para fazer. E mais, necessitam de autonomia crítica – para conhecer, criticar e contribuir para a mudança do meio em que vivem. Este é o mais alto nível de participação social, sem o qual a criatividade, especialmente em tempos de transformações e crises, não poderá ser desenvolvida. Portanto, trata-se daquilo que, havendo negligências no seu atendimento, implicará ameaça real ao exercício do direito à vida humana, para além da sua dimensão biológica. (2013, p.55).

As necessidades humanas são necessidades sociais e isso justifica a atuação do Estado mediante políticas públicas, considerando que se vive em uma sociedade marcadamente desigual e excludente. As necessidades de saúde, portanto se apresentam como essenciais para a tomada de decisões políticas, econômicas, sociais e culturais em todas as instâncias governamentais.

As políticas sociais são os instrumentos por meio dos quais as condições possíveis, no capitalismo, para o exercício da autonomia crítica e de agência, devem

ser geradas e expandidas para toda a sociedade (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013). Com efeito, reforçam estes autores, que é inadmissível qualquer condição prévia que não aquela da garantia do *direito de todos* a exercerem efetivamente o controle sobre a sua vida e a da sociedade; Com este entendimento evidencia-se que somente o Estado pode desempenhar este papel, não sendo, certamente terreno dos desejos e nem do mercado (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Saliento que as necessidades e desejos são universos estreitamente relacionados, contudo não podem ser redutíveis um ao outro. A distinção entre *necessidades e desejos* é facilmente visível, visto que é possível desejar ao não necessário, como também é factível necessitar daquilo que não se deseja (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013; BRAGE, 1999).

Reforço ainda, que a não satisfação das necessidades humanas, remete a privações estruturais cujos prejuízos não se restringem a experiências particulares. Nesta perspectiva, “[...] a privação de bens individualizados não pode significar avarias graves à vida e à cidadania, pois, sempre haverá a possibilidade de se empregar outros tipos de bens para atender desejos subjetivos.” (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 56).

Destaco que comungo do pensamento de Gomes Júnior e Pereira (2013) em relação à defesa da compreensão do caráter universal de algumas necessidades humanas, como também de sua objetividade, como aspectos centrais para o desenvolvimento da vida e da participação social, e, em oposição, a negação disso, resulta em sérios prejuízos à humanidade.

[...] gozar de saúde plena, compreendida como a realização de todos os requerimentos que impeçam comprometimentos de ordem física e psicológica; dispor e se apropriar de toda sorte de informações e conhecimentos que permitam uma análise acurada da realidade, a construção intelectual de concepções de desenvolvimento humano e a comparação entre o que é visto e o que é pensado; e dispor dos meios e condições suficientes para agir na transformação da realidade de modo a aproximá-la daquilo que foi projetado pelo pensamento como expressão do pleno desenvolvimento humano, são e sempre foram necessidades comuns a todos os seres humanos em todos os tempos e culturas. (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 56).

Estou de acordo com Pereira (2000) e Gomes Júnior e Pereira (2013), quando defendem que o tripé composto de **saúde plena, autonomia crítica e capacidade de agência**, reflete a existência de necessidades, que não podem ser

confundidas ou classificadas como aspirações, preferências ou desejos, uma vez que a noção de desenvolvimento humano, associada à compreensão de necessidades básicas, expressa objetivamente o concreto pensado (PEREIRA, 2000; GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

As necessidades humanas básicas demandam satisfatores ou requerimentos, que devem satisfazer adequadamente essas necessidades, e estes são relativos (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013). A partir do exposto é fundante que os requerimentos para o gozo da saúde física, capacidade de agência e autonomia crítica expressem a complexidade da realidade em que se inserem (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013). Com este entendimento alertam os autores:

“satisfiers”, também eles, são objetivos e devem refletir o padrão médio dos requerimentos exigidos por uma determinada sociedade para a consecução daquilo que garanta a todo indivíduo o exercício efetivo do controle da e sobre sua própria vida - mas sem deixar de associar o atendimento das necessidades sociais aos direitos e de ter esses direitos garantidos pelo Estado. (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 57).

O debate sobre as necessidades deve dialogar com o cenário de crises vivido atualmente. As necessidades de saúde estão também subordinadas a uma lógica de pensar e fazer saúde na sociedade capitalista, e, que há disputas e interesses mercantis em gerar os “desejos não satisfeitos” pelo Estado, a exemplo do SUS.

Reconhecer que no contexto de globalização e da reestruturação econômica e política pautada por imposições de condutas aos países periféricos, sob inspiração dos interesses dos países centrais consubstancia uma nova gramática política em que reina o mercado que a (quase) tudo e a (quase) todos subordina. Neste aspecto é crucial perceber que o público cede ao privado. Este, que é regido pelo mercado, e tem na sua base a competição e o mérito, como decorrentes da iniciativa, da agência individual, resultando na noção de que as desigualdades são positivas por emularem à sua superação (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Este universo, denominado por Gomes Júnior e Pereira (2013) de “mundo-mercadoria”, acaba despedaçando lugares, práticas, memórias num movimento de ocupação privada por parte de distintos segmentos da sociedade, num ritmo de

atração e repulsão que transforma espaços, indivíduos e percepções (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Destacam, com efeito, os autores, que esse movimento alimenta uma nova dimensão, identificada como “necessidades mutantes”, uma categoria cuja definição só pode ser obtida no contexto do mercado (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Assim, a supremacia do mérito individual e dos expedientes que o acompanham, como os desejos e as aspirações, assomam:

[...] à posição de necessidades num imaginário social que busca a identidade não mais na promoção da igualdade dos direitos ao que é primordial ao desenvolvimento humano; e sim de uma igualdade que a tudo e a todos se iguala pela pasteurização das diferenças. (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 59).

Visualizar esse processo de pasteurização e relativização dos valores, diferenças e necessidades, que são homogeneizados como um único e exclusivo conjunto de desejos, expectativas e determinações, idêntico para todos, conforme sugerem Gomes Júnior e Pereira (2013) é de extrema relevância para a reflexão nas práticas dos serviços de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF como um elemento do Estado em diálogo permanente com estas tensões, precisa conhecer e reconhecer como se realiza a manipulação do imaginário social fragmentado decorrente da velocidade das transformações no mundo globalizado. Também é salutar identificar a existência de um movimento permanente em direção aos requerimentos que satisfarão individualmente aspirações e desejos.

É indispensável que os serviços de saúde compreendam o antagonismo existente entre as necessidades humanas e as necessidades do capital. Reforçam Gomes Júnior e Pereira (2013) que, na atualidade vive-se sob o império das necessidades do capital, onde a noção de cidadania perde significado, enquanto a condição de consumidor ganha relevância.

Para estes autores as necessidades do capital resultam “[...] no estranho entendimento de que ser cidadão é ser livre para exercer o direito de consumir aquilo que o mercado “democraticamente” oferece como sendo necessário a sua vida.” (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 60).

Alertam os autores citados acima, que há uma falácia não explícita, quanto ao uso dos conceitos de: necessidades, liberdade e de democracia. Estes conceitos são capturados a serviço da sociedade capitalista, em que: “as *necessidades* são

preferências individuais; a democracia é a liberal-burguesa, restrita aos que têm mérito conferido pelo sistema dominante; e a liberdade é a negativa, definida como ausência de regulação estatal sobre as esferas individuais protegidas.” (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 60).

Pereira (2000) chama a atenção para a distinção entre necessidades humanas e necessidades do capital. A meu ver, esta distinção numa sociedade extremamente desigual é essencial para a compreensão do que é e como caminhar na busca de justiça social, democracia e participação.

Gomes Júnior e Pereira (2013) afirmam que um objetivo fundamental da vida humana, que é social e política consiste na *participação em* alguma forma de vida sem sérias limitações arbitrárias. Para estes autores: “É isso que permite a definição de *necessidades humanas básicas* como sendo aquelas precondições universais que possibilitam participação e mudança transformadora”. (p.61).

Avançam estes autores no seu pensamento sustentando que a compreensão da não satisfação das necessidades humanas básicas precisa ser lida a partir da ideia de abatimento de sérios prejuízos, de riscos sérios, que são acarretados a uma parcela de indivíduos/populações que não têm respostas adequadas às suas necessidades, a exemplo, as necessidades de saúde.

Vale destacar, que se entende por sérios prejuízos como a “[...] incapacidade fundamental das pessoas de perseguir o “bem” [...]” ou “[...] o impedimento fundamental à participação bem sucedida das pessoas [...].” (GOUGH, 2006 *apud* GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p.60).

Nesse sentido reforçam que “o trauma de não se ter as necessidades humanas básicas atendidas equivale ao comprometimento da existência do indivíduo numa interpretação muito mais complexa do que o esgotamento da vida biológica.” (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p.61).

Em síntese há que se reconhecer que a ideia de se abaterem sérios riscos sobre os que não tiveram suas necessidades básicas satisfeitas não pode remeter somente a frustrações e autoderrota; o campo dos desejos, das frustrações, das ansiedades, enfim, de tudo que provém do espírito humano origina-se no imaginário construído a partir de observações do que ocorre no mundo, no espaço, onde as relações sociais se desenvolvem sob o signo, na hegemonia neoliberal e do mercado (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

A partir do exposto, percebe-se que a realização do indivíduo como cidadão pleno de direitos, autônomo, livre, funde-se à condição de mercadorias, consubstanciada numa identidade tecida a partir de imagens e símbolos associados ao sucesso, ao êxito e poder, corroborando para um entendimento de que para ser igual, é preciso ser reconhecido como possuidor.

As transformações do processo produtivo, a desregulamentação generalizada e a homogeneização de padrões, hábitos e práticas de consumo, tende a promover à condição de necessidades aquilo que é próprio do campo dos desejos (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Tomando como referência estes autores, como também a minha experiência profissional percebo alguns aspectos centrais para abordar o tema das necessidades de saúde no SUS, com foco no território da ESF. Faz-se mister reconhecer : a) Onde e como moram os pobres; b) Porque são pobres; c) Porque em sua maioria não trabalham; d) Porque procuram/utilizam os serviços de atenção básica à saúde; e e) Quais são as doenças dos pobres;

Reconheço que cada um tem uma resposta a estas questões. Estas podem reforçar uma visão da sociedade elitista burguesa, ou ativar uma leitura crítica da sociedade, das políticas públicas e de como se operou esta mediação entre o Estado, o mercado e a democracia no plano histórico.

E esta compreensão pode inclusive contribuir na mobilização para uma participação política na busca da emancipação da sociedade, reconhecendo as tensões e conflitos, bem como as possibilidades existentes na complexa interação que se dá entre o Estado, o mercado e a sociedade. Como efetivamente contribuir para uma sociedade mais igualitária? Pensar sob este prisma impõe o desafio de entender que aspectos são centrais para uma leitura adequada da realidade. Neste sentido, Fraga (2006) reforça que:

[..] o pensamento neoliberal construiu uma grande falsificação teórica, confundindo diferenças humanas com desigualdades sociais. Do fato de os homens serem diferentes como seres de características individualmente plurais, essa teoria deduz a justificação de todo o edifício das desigualdades. Daí vem a ideia de que a livre iniciativa e a concorrência são o lugar legítimo para a manifestação e o desenvolvimento da liberdade humana, uma vez que permitiriam que tais diferenças humanas aflorassem, revelando a condição dos mais 'aptos' na vida social (FRAGA, 2006, p. 212).

Em seu estudo sobre a teoria das necessidades de Marx, Fraga apresenta a visão que se contrapõe ao pensamento neoliberal, ancorado na perspectiva marxista, de que:

[...] somente sob a condição da igualdade econômica e social é que o ser humano pode aflorar positivamente as suas múltiplas diferenças e potencialidades, porque, sob o capitalismo, a única pluralidade real que subsiste é a negativa, expressa na crueza das mazelas da desigualdade econômica. Nunca a positiva da diferença. (FRAGA, 2006, p. 212).

Dentre a diversidade de vetores presentes no contexto, Gomes Júnior e Pereira (2013) enumeram três que são extremamente relevantes: a visão de igualdade, de indivíduo e, por fim de Estado.

Estes autores defendem que a imagem de **igualdade hegemônica** emerge do imaginário social globalizado enfatizando uma imagem de igualdade que se assenta na assunção de valores, padrões e comportamentos generalizados a partir da hegemonia das elites. Assim, constituída, esta igualdade é projetada de forma a reproduzir integralmente e radicalmente “os “novos valores” encabeçados pela noção de mérito contida na ação individual, que orientam o percurso das classes dominantes no capitalismo.” (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p.62).

Outro ponto nodal e sutil que se soma à leitura hegemônica da sociedade é a velha imagem do indivíduo empreendedor, que aproveita as oportunidades e vence na vida, com o objetivo claro de ficar rico. Este entendimento foi difundido como um ideal possível de ser alcançado, mesmo diante das agruras enfrentadas pela maior parte da sociedade mundial (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

E um terceiro aspecto refere-se a imagem do Estado hegemônica na sociedade. A imagem projetada no imaginário social advinda do ideário do liberal clássico é de um “Estado Passivo”. Esta visão de Estado é projetada no imaginário social como:

[...]a melhor possibilidade de superar as assimetrias sociais, todas elas resultantes de imperfeições de um sistema sujeito a regras, leis, impostos e taxas, originadas de um Estado interventor e inimigo do progresso que o mercado poderia assegurar. (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 62).

Resulta disso uma ideia do mercado, como o melhor em termos de capacidade de geração de oportunidades e acolhimento dos empreendedores, num

movimento de geração de prosperidade e liberdade geral, dimensão esta irrealizável por parte do Estado (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

O contexto do mundo capitalista reforça, portanto, uma projeção no imaginário social coletivo de um desenho institucional do Estado como estrutura passiva aliado à promessa de geração de prosperidade e liberdade para todos, e um indivíduo, entendido como sua capacidade empresa. Este tripé condiciona e determina uma ideia de necessidades individuais. Promove-se, assim uma amálgama que “sustenta **um conceito de necessidades** que se explica a partir de um conjunto de requerimentos em permanente mutação cujo atendimento possibilita ao indivíduo ser reconhecido como cidadão no mundo do consumo.” (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 62).

Este Estado ineficiente será, portanto, provedor de atendimento às necessidades humanas restritas à provisão mínima para a subsistência dos segmentos sociais em níveis extremados de pobreza. (GOMES JÚNIOR; PEREIRA).

Está posto um cenário, em que a cidadania se confunde com o poder de consumir, e, que os governos tendem a desenvolver estratégias em busca da satisfação das necessidades do capital, para tal, se aposta, por exemplo, em: cortar gastos sociais, difundindo a ideia de que tudo o que é público necessariamente é de má qualidade; erradicar a miséria pela via das transferências diretas de dinheiro aos despossuídos; sequestrar impostos em favor do barateamento de bens duráveis a exemplo de automóveis, utilizado como símbolo atual da acessão social; e incentivar o consumo pela via do alongamento do crédito pessoal (PEREIRA, 2000; GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013).

Esta é, pois, a visão hegemônica de Estado na sociedade brasileira. Com efeito, esta visão também atravessa o SUS e percorre as unidades básicas de saúde. Estas UBS respondem pelos serviços primários de saúde, que constituem a atenção básica à saúde numa tensão, que ora reforça esta visão dicotômica e ora promove uma visão de Estado protetor.

Nesta perspectiva as palavras de Fraga (2006, p. 18) deixam claro que: “a expressão necessidade(s) designa carência(s), carecimento(s), no sentido da falta de ou do impulso para algo; e não necessitarismo, no sentido de determinismo.”

O exposto nesta seção me parece uma visão imbricada da política social, em especial da política de saúde, com um entendimento de necessidades de saúde

numa perspectiva crítica do papel do Estado, da Sociedade num diálogo com o Capital de grande relevância para o SUS, e, principalmente para a ESF. Resgatam a noção de necessidades, compreendendo a dinâmica local, global e as tensões e conflitos que existem entre desejos e necessidades calcadas numa lógica de consumo de serviços de saúde orientada pelo capital.

Destaco o estudo de Campos e Bataiero (2007) que realizaram uma análise da produção científica brasileira acerca do tema das necessidades de saúde no período de 1990 a 2004, exatamente a década em que se dá a implantação do SUS e da ESF no Brasil demonstrou que:

Dentre 73 publicações selecionadas na base de dados on-line LILACS, 66 (90,4%) **não abordavam o conceito de necessidades, utilizando o termo no senso comum**; as que o abordavam tinham caráter de reflexão, sendo praticamente **inexistentes as publicações que tomavam a perspectiva da Saúde Coletiva**. Os artigos tomavam/definiam necessidades comuns a todos os indivíduos, considerando-os um agrupamento homogêneo de sujeitos abstratos, sem pertencimento de classe - que é o que determina e diferencia as necessidades de saúde. **É preocupante o que os artigos revelam, pois a atenção à saúde vem privilegiando um recorte fragmentado que enfatiza a doença e pode reforçar práticas amparadas na visão funcionalista e classificatória, em detrimento de uma práxis emancipatórias**. (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p.105, grifo nosso).

Concordo com os autores quanto à crítica dos usos nos estudos empíricos do tema necessidades de saúde. Há diversos equívocos conceituais e metodológicos que contribuem em recomendações inadequadas e acríticas. Em busca nas bases de dados do descritor “necessidades de saúde”, há diversos estudos que trazem uma abordagem do tema a partir do serviço de saúde e da capacidade do serviço de identificar e responder a tais necessidades.

Há uma diversidade de estudos empíricos que explicitam um leque de necessidades de saúde sem uma reflexão teórica sobre o tema. As necessidades de saúde têm sido agrupadas conforme a empiria, sem uma análise crítica destas por parte dos pesquisadores, que em boa parte recomendam somente a criação de instrumentos para uso dos profissionais da ESF para identificá-las, como se o problema estivesse focado somente na existência ou não de um instrumento de coleta de dados/informações acerca do território, o que é uma visão reducionista das necessidades de saúde.

Esta visão é denominada por Paim (2014) de necessidade de consumo de serviços de saúde, que é importante, mas necessidades de saúde é outro conceito.

Há, neste sentido, uma diversidade de estudos que partem da existência do serviço de saúde para o território/comunidade, como se as necessidades resultassem de uma demanda oriunda do serviço de saúde.

Com efeito, no campo da saúde coletiva a discussão sobre as necessidades de saúde no plano conceitual tem sido realizada por: Paim e Almeida Filho (2014) tomando como base estudos de Mendes-Gonçalves (1992), Barata (1999), Almeida Filho (2011), Paim (2009), estes autores têm contribuído para um aprofundamento teórico que pode subsidiar uma diversidade de aspectos operativos do termo nos serviços de saúde, com destaque para a ESF.

A saúde coletiva precisa de um adensamento crítico teórico-prático das dimensões teóricas e metodológica das necessidades de saúde com vistas a subsidiar a atuação da ESF, que deve ser centrada no território/comunidade. Almeida Filho (2011) sugere que o conceito significa uma abertura conceitual para um **projeto de uma teoria geral da saúde**, pois implica saúde como positividade, mesmo no sentido parcial de preenchimento de uma carência essencial do sujeito (como resistência ou resiliência) e da sociedade – como situação positiva da saúde.

A perspectiva de Gonçalves me parece bastante interessante, contudo acredito que existem necessidades de saúde, que não destituem o caráter do *Ser*. As necessidades de saúde, com efeito, podem fundamentalmente necessitar de uma reorganização, ou reinvenção do *Ser*, mas sem perder a premissa de *Ser*.

Reconheço que há necessidade de saúde diversas que nem sempre podem ser respondidas no âmbito dos serviços de saúde, que estão relacionadas à insuficiência de ação do Estado. A perspectiva de Almeida Filho de uma teoria geral da saúde não me parece um percurso adequado em uma sociedade marcadamente desigual, e, principalmente, se incorporo na compreensão de saúde a perspectiva dos povos ancestrais/tradicionais como: indígenas, camponeses, quilombolas etc.

Barata (1999) também discorre sobre o tema das necessidades sociais da saúde relacionando-as ao processo de trabalho, tomando como referências primordiais Canguilhem (1982) e Karl Marx (1975). A autora reforça também em diálogo com Donnangelo (1979) e Gonçalves (1991) que é necessário **superar a divisão** dos conjuntos de saberes: a) *processo saúde-doença* e b) *práticas de saúde*; e sugere como forma de fazer isto a tomada destes na sua dimensão de **práticas sociais**, esta, por sua vez, como a dimensão concreta em que estes saberes

apresentam na produção e reprodução das condições da existência humana (BARATA, 1999).

Barata (1999) afirma que as necessidades são características de cada uma das classes sociais na sociedade, tendo como referência o materialismo histórico. Reforça que as necessidades humanas não se esgotam nos carecimentos referentes à sobrevivência biológica, incluem também todos os aspectos da realização humana, considerando a “[...] concretização das potencialidades do gênero humano na construção da sua humanidade” (BARATA, 1999, p. 314).

Com este entendimento as relações humanas consistiriam primordialmente na necessidade do outro em si mesmo e não como meio para a satisfação de necessidades materiais. Assim sendo, a humanidade seria capaz de transcender os limites impostos por determinadas formas de organização social e nesse movimento realizar a essência humana (BARATA 1999).

Considero pertinente lançar o olhar a alienação consubstanciada no modo de produção capitalista, como produtora de uma visão hegemônica no que se refere às necessidades. Reconheço, em primeira instância, que a **alienação** da estrutura das necessidades característica do modo de produção capitalista:

[...]expressa na inversão entre fins e meios, ou seja, a satisfação das necessidades humanas deixa de se constituir em finalidade para o trabalho passando a ser meio para a obtenção e valorização do capital, esta sim a finalidade de toda a produção. (BARATA, 1999, p. 314).

Conforme alerta Barata (1999) suponho que o trabalho em saúde pública, entremeado de processos fluidos precisa ancorar-se numa perspectiva em contraposição à alienação capitalista, o que representa um desafio gigantesco. Cabe, nesse contexto, esboçar formas e mecanismos que embasem os profissionais e pesquisadores da saúde coletiva na realização do seu trabalho com o intuito de se contrapor a processos hegemônicos e alienantes da sociedade.

Neste sentido, Barata (1999) reforça que:

[...] a estrutura das necessidades passa por um processo de empobrecimento reduzindo-se a seus aspectos materiais e econômicos, de tal forma que, o ser do homem passa a ser confundido com o ter, e as relações humanas coisificadas em um processo contínuo de reificação. (BARATA, 1999, p. 315).

Assim, a satisfação dos carecimentos, na visão da autora é “[...] dirigida pela avidez num processo infinito de ampliação quantitativa das necessidades em uma estrutura desigual de distribuição dos produtos sociais” (BARATA, 1999, p. 315).

Este processo tem o **trabalho** e a **linguagem** como fundamentais como já dizia Marx, e, no caso dos serviços de saúde estas dimensões constituem uma interação complexa, dinâmica e mutante, conforme os contextos (locais de práticas) de operacionalização das ações de saúde: o hospital, por exemplo, requer uma linguagem, uma relação profissional de saúde-paciente totalmente diferente da relação que se estabelece entre um profissional de saúde-usuário da ESF.

No hospital, por exemplo, as práticas são orientadas pela normatividade, autoridade e intervenções do profissional no cidadão, que, por vezes é destituído do lugar de cidadão, para o lugar de tão somente paciente. Em oposição na ESF esta dimensão da cidadania deve ser a orientadora da relação estabelecida entre o serviço e a comunidade, sendo a criatividade, a autonomia, a participação os eixos centrais para fortalecer uma visão de saúde que integra o *indivíduo-família-comunidade* com o *profissional da saúde-equipe-território*.

Esta premissa de reconhecimento de sujeitos, de saberes que se complementam, dialogam e se transformam gerando novos saberes e novas práticas de saúde, sejam estas assistenciais, de vigilância, de promoção deve orientar o *trabalho em saúde na ESF*.

Reconheço, contudo, que as práticas de saúde capazes de identificar e promover a inclusão das necessidades de saúde nos planejamentos das equipes de saúde da família não estão dadas, pois teriam que ser práticas que estabelecessem outros pontos de partida em termos de reconhecimento do processo de trabalho na ESF.

Para tal entendo que é essencial constituir uma visão de ser humano, de saúde, de direito, de cuidado em saúde radicalmente diferente do que sugere o modelo hegemônico, com vistas a tecer práticas de saúde emancipatórias. Percebo a ecologia de saberes como uma porta de entrada, como é dito em relação à ABS, para o reconhecimento das necessidades de saúde nos territórios da ESF. Esta contra epistemologia também serve de âncora para a produção teórica e prática em termos das necessidades de saúde, possibilitando uma leitura crítica e inclusiva de atores essenciais, sendo esta, talvez, a minha principal tese neste texto.

Seção 5: A Promoção da saúde como campo de prática social na ESF numa perspectiva crítica: notas para reflexão.

Reconheço, com efeito, o adensamento deste tema no campo de prática da APS e sua larga difusão nas capacitações dos profissionais da ESF. Processo este que corrobora para uma interpretação do meu ponto de vista, do discurso da promoção da saúde como um modelo abstrato, fundado em um paradigma distanciado da realidade sul americana e, especialmente, das comunidades pobres sertanejas/camponesas. Faço uma (re)leitura do tema da promoção da saúde, aceitando o deslocamento de uma dimensão simbólica e cultural de pessoa/sertaneja-profissional de saúde para o lugar de pesquisadora.

Este tópico é essencial neste texto, porque a promoção da saúde é central nas práticas na ESF como campo de práticas. Quero destacar que não desvalorizo a clínica, visto que esta sempre foi necessária em diversos momentos na minha atuação para responder às necessidades de saúde no território na realização de consultas individuais, na abordagem de famílias, nas visitas domiciliares.

Por outro lado, destaco que a saúde coletiva no Brasil tem uma delimitação provisória como um campo de pesquisa, de formação acadêmica e profissional e de transformação de um espaço de práticas sociais especificamente voltados para **lidar com fenômenos, desenvolver conceitos, produzir conhecimento, aplicar técnicas**, estruturando-se em um **campo disciplinar: a epidemiologia; um campo de ação tecnológica: o planejamento e gestão em saúde; e um campo de prática social: a promoção da saúde** (ALMEIDA FILHO, 2011). A saúde coletiva nesta perspectiva seria um:

[...] campo de conhecimento de natureza interdisciplinar que desenvolve atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, etc. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 113).

Reconheço, contudo, que a estruturação da saúde coletiva em um campo disciplinar como a epidemiologia é insuficiente para abordar em termos de avaliar, analisar e propor reorientação do modelo assistencial ESF.

Ainda que reconheça a epidemiologia como essencial no contexto de atuação da ESF, sendo um dos mecanismos facilitadores de uma leitura de indicadores de saúde do território, principalmente de morbidade e mortalidade, indicando horizontes para a tomada de decisão, também percebi, a partir da minha experiência, a necessidade de outros campos disciplinares. A hegemonia de Epidemiologia contribui para que diversos aspectos da leitura ampliada do território sejam negligenciados; principalmente as dimensões não mensuráveis que envolvem o cuidado em saúde, que estariam mais relacionadas ao enfoque qualitativo.

Vale ressaltar também aqueles problemas que embora não tenham relação com a qualidade, não estão incorporadas nas dimensões do planejamento e gestão em saúde como prioridades nacionais e conseqüentemente municipais e territoriais na ESF. Este é o caso, por exemplo, dos agravos relacionados ao trabalho, principalmente no que concerne ao trabalho rural, que exigem notificação, vigilância e atenção e são negligenciados na prática. Por vezes, um profissional de saúde atende uma pessoa com dor articular, dá o diagnóstico de bursite, tendinite, ou outra qualquer, sendo que esta pessoa deveria ser abordada noutra perspectiva: estabelecer um nexo causal, investigar uma lesão por esforço repetitivo, portanto relacionada ao trabalho, o que desencadearia várias outras atividades de cuidado em saúde. Este é só um exemplo de que a epidemiologia ainda pode avançar no apoio à clínica e ao planejamento e gestão em saúde, e, mesmo com avanços ainda será insuficiente.

A saúde coletiva hegemônica está assentada neste campo, sendo essencial o seu alargamento numa vertente contra hegemônica para compreender os processos intervenientes na saúde humana que permanecem subalternos nas práticas de saúde.

Outro aspecto é o planejamento e gestão em saúde que funcionam também como ferramentas estratégicas para a efetivação da política de saúde. Contudo, devo salientar que existe no cotidiano uma dimensão muito mais essencial que é a participação social que está extremamente frágil na perspectiva dos conselhos de saúde e conferências, que poderiam estar articuladas ao determinado modo de planejamento e gestão em saúde que tivesse desdobramentos políticos com

afirmação de necessidades de saúde prioritárias e territorializadas e não manipuladas por grupos hegemônicos.

Apesar de Bosi (2012) afirmar que há um consenso quanto à definição atual da saúde coletiva como campo de conhecimento e âmbito de práticas, assumindo-a como campo e movimento constituindo-se internamente em três núcleos de saberes ou espaços e formações disciplinares, que correspondem à Epidemiologia, uma parcela das Ciências Humanas e Sociais e a um terceiro núcleo que se ocupa das Políticas, da Planificação e da Gestão do Sistema de Saúde, reconheço que há tensões no campo, principalmente provocada pelos núcleos de saberes contra hegemônicos relacionados à saúde ambiente e trabalho.

Do meu ponto de vista, a clínica já está muito bem compreendida e abordada nos processos de formação dos profissionais da saúde (residências, especializações, mestrados, cursos de aperfeiçoamento, dentre outros) como também já está arraigada no cotidiano do trabalho em saúde.

A vigilância em saúde, por sua vez também é um aspecto do processo de trabalho na ESF que já tem uma significativa incorporação nas práticas, principalmente a vigilância epidemiológica, ainda que insuficiente a vigilância ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária, mas, no meu entendimento muito mais compreendido em termos dos seus significados do que é uma ação promotora de saúde na ABS.

E por fim, o tema central que abordo nesta seção que é a promoção da saúde, como campo de prática social. A promoção da saúde como uma forma de atuar, como um mecanismo base do cuidado em saúde que pode ser realizado em qualquer lugar a qualquer momento, quando realizo uma consulta de puericultura ou de pré-natal, ou a um portador de doença crônica como a hipertensão ou a hanseníase, o faço a partir de uma visão de saúde, de doença, de cuidado, que deve ter uma base.

Reconheço também que, no momento que realizo uma visita domiciliar, se tenho uma visão de saúde e de promoção de saúde, não identifico só um acamado, um doente, mas identifico um contexto, um modo de viver, práticas, uma família, laços comunitários, redes de cuidado. Ou seja, tenho uma abordagem em saúde que visa a ser promotora da saúde e não só cuidadora dos doentes. Esta é uma questão central

para ESF, por isso trago estas notas críticas, para desvelar meu comprometimento com uma ideia de promoção da saúde.

Primeiramente, cabe-me a seguinte assertiva: as minhas práticas cotidianas na ESF nos contextos rurais do Ceará tencionavam ser promotoras de saúde; atualmente, estou me desafiando, como pesquisadora em saúde pública, a tecer pontes com os referenciais da complexidade e da ecologia de saberes e a minha prática na ESF. Estou me propondo a pensar/estruturar a minha (re)leitura das práticas promotoras de saúde numa perspectiva crítica. Então, preciso ter uma clareza do que é a hegemonia de promoção da saúde na saúde coletiva brasileira.

Apresento, de forma breve, como surgiu a denominação promoção da saúde e como tem sido seus usos na trajetória da saúde coletiva. Compreender historicamente a construção do tema em questão é importante para um posicionamento sobre as possibilidades de avanços na elaboração de uma proposta conceitual sobre **necessidades de saúde**. Considero que são temas imbricados, portanto relacionados ao processo de trabalho na ABS, que precisam se ancorar, em certa medida, numa mesma base epistemológica.

Relembrar o nascimento da medicina preventiva e as circunstâncias envolvidas à época que serviram de alicerces para o desenvolvimento da primeira sistematização utilizando a terminologia promoção da saúde parece-me interessante. Vale destacar que a medicina preventiva surgiu como uma crítica à medicina curativa, caracterizada pelo uso intensivo de tecnologias de alto custo e com práticas desumanizadoras no atendimento em saúde entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá (ALMEIDA FILHO, 2011).

Diversas circunstâncias influenciaram o desenvolvimento da medicina preventiva. Dentre estas cito o discurso da higiene e a necessidade de adequação da educação médica às novas demandas dos serviços de saúde. Nesta realidade havia custos crescentes com assistência médica, o que impôs a redefinição das responsabilidades médicas para **atender as necessidades** não apenas curativas, mas também preventivas (ALMEIDA FILHO, 2011).

O discurso da promoção da saúde nasceu na medicina, como uma crítica à prática médica que não estabelecia conexões apropriadas com outras esferas da vida social, concebendo a doença como fenômeno estritamente biológico. É

importante deixar claro que remontam da medicina as raízes do discurso da promoção da saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Destaca Almeida Filho (2011) que os eixos das críticas se situavam na formação médica, na crescente especialização da medicina e na forma como a diversidade das especializações repercutia na assistência e na denúncia da desvinculação da formação e da prática médica dos reais problemas de saúde da população.

Para a superação destes problemas foi proposto inicialmente, como resposta a este contexto um currículo que abrangesse as disciplinas de anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia como também os aspectos referentes à relação entre o homem e o ambiente (ALMEIDA FILHO, 2011).

Buscou-se uma abordagem multidisciplinar que tivesse o potencial de ser capaz de integrar os saberes da psicologia e das ciências sociais. Reconheceu-se, neste sentido, que a prática instrumental era cara e nem sempre eficaz e que utilizava uma abordagem fragmentada no cuidado do ser humano. Para tal foi sugerido que a intervenção fosse realizada sobre os fatores predisponentes à doença, tais como: mudanças de hábitos, educação e *promoção da saúde*, além do diagnóstico e da terapêutica (ALMEIDA FILHO, 2011).

A medicina preventiva orientou, nesse sentido, para as mudanças na formação e nas atitudes médicas, estimulando uma reforma das estruturas curriculares e burocráticas. Destacou-se, em relação aos resultados advindos deste debate e expresso como seu maior êxito a sistematização elaborada por Leavell e Clark (1976) (ALMEIDA FILHO, 2011).

Primeiramente é importante destacar que na promoção da saúde há um *discurso* e um *movimento*. O *discurso* da promoção da saúde nasceu no contexto citado acima, enquanto que o *movimento* da promoção da saúde surgiu com o intuito de orientar a mudança na prática médica, para formar profissionais com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Arouca (2003) ressaltou a responsabilidade dos médicos pela promoção da saúde e a prevenção de doenças, e, por fim, introduziu a epidemiologia dos fatores de risco, acentuando a importância da estatística como critério científico de causalidade.

Pondera Almeida Filho (2000, 2011) que a ideia de um campo geral denominado promoção da saúde contendo a prevenção, a proteção e a promoção no seu senso estrito da saúde individual e coletiva supõe um repertório social de ações preventivas de morbidade (riscos, doenças, etc.) protetoras e fomentadoras da salubridade, que de certo modo contribui para a redução de sofrimentos causados por problemas de saúde-doença na comunidade.

Afirma o autor que esta perspectiva impõe uma integração teórica e filosófica da rede de conceitos correlatos à saúde (vida, risco, doença, cuidado, cura) ao conjunto de práticas discursivas e operacionais dos novos campos de saberes e práticas que cada vez com mais intensidade e frequência se formam em torno da saúde (ALMEIDA FILHO, 2000, 2011). O autor propõe um agrupamento dos conceitos e práticas correspondentes ao campo da promoção da saúde (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 115), citado a seguir:

1. Modelos de prevenção de doenças ou eventos mórbidos, eficazes nos campos de prática tecnológica da saúde pública e da clínica, com as seguintes variantes:
 - a) Modelos de prevenção individual (conceito clínico de risco individual);
 - b) Modelos de prevenção populacional (conceito de risco e epidemiológico).
2. Modelos de intervenção nos campos da saúde ambiental e ocupacional, tomando o conceito de risco como perigo estruturado. Neste caso, é preciso explorar sua base dedutiva, descritiva, estrutural [...].
3. Modelos de risco como emergência. Trata-se, neste caso, de explicitar a base filosófica da contingência, articulada como processos de emergência em modelos de complexidade. Este conceito subsidia:
 - a) Modelos de promoção da saúde;
 - b) Modelos de vigilância em saúde.

Observando os modelos acima reconheço características dos mesmos que transversalizam as práticas na ESF. Contudo, percebo o desafio que está colocado para a ESF, em termos de operacionalizar aspectos chaves destes modelos no processo de trabalho no território. A ESF, como modelo de atenção se traduz em diversas linhas de atuação que abarcam conceitos que surgem no cotidiano do serviço de saúde, mas sem a devida maturação em termos epistemológicos e metodológicos. Na minha compreensão este debate ainda não está devidamente abordado na saúde coletiva, mas isto dialoga com uma necessidade de compreender a ESF como modelo organizativo da ABS no Brasil.

Ponto de forma breve, as formulações sobre o modelo de promoção da saúde, no sentido restrito, o que inclui as ações de fomento da capacidade dos seres

e dos ambientes no sentido de reforçar positivamente os valores de promoção da vida, no sentido afirmativo da saúde e não defensivo (ALMEIDA FILHO, 2011; BREILH, 2003).

O conceito de promoção da saúde refere-se, nesta perspectiva à ação difusa, sem alvo determinado, contra um agravo ou risco específico, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade (ALMEIDA FILHO, 2011).

A utilização das estratégias de precaução no campo da saúde, como construção de cenários antecipatórios possíveis a danos existentes ou projetados, desempenha um papel que não pode ser negligenciado de também antecipar, e nesse caso conter, reações de pânico ou inquietação generalizadas que muitas vezes no imaginário social desenvolve ante o desconhecido. Associamos a estratégia de precaução em saúde aos modelos de imprevisibilidade de eventos, incorporados nas teorias da complexidade como emergência e na filosofia como contingência. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 118).

Almeida Filho e Coutinho (2007), Almeida Filho (2011) afirmam que os conceitos de emergência ou contingência articulam acontecimentos dos quais se pode apenas constatar efeitos e, na impossibilidade de propor medidas de ação retroativa, indicar formas precaucionárias de base analógica.

Na visão destes autores, estes são acontecimentos desencadeados por múltiplos fatores e interconectados, estruturados em redes abertas, o que impossibilita estabelecer, entre eles, relações lineares de causalidade. Os autores reforçam que a depender do conceito de saúde empregado para definir as estratégias e suas ações, também é definidor dos critérios de avaliação do impacto na situação de saúde.

Em consonância com a crítica de Castiel (2010) acerca do berço do movimento da promoção da saúde, Almeida Filho (2011) formula uma crítica ao processo, afirmando, que este surge no contexto sanitário de países industrializados como um movimento ideológico.

Pontua o autor que os novos evangelistas convocaram publicitários, artistas gráficos, gurus, e até mesmo alguns pesquisadores, que contribuiriam com logotipos, esquemas e desenhos interessantes ampliando cada vez mais o *'slogan'* proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre "o estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e incapacidade", incluindo novas modalidades de bem-estar, garantindo que isso não tem nada a ver com a doença (CASTIEL, 2010).

Adotando esta perspectiva crítica concordo, em certa medida, com Luis David Castiel, quando debate o tema da promoção da saúde como uma prática biopolítica com formato religioso. O autor fez uma interessante leitura, a partir do entendimento de Foucault (1979) acerca do conceito de biopolítica e do biopoder. Foucault (1979) na visão de Castiel (2010) elaborou

[...] uma importante transição nas estratégias de poder que passam a operar no âmbito biológico (biopoder), de tal modo que as dimensões de controle social da sociedade capitalista sobre as pessoas não atuam meramente no registro da consciência ou da ideologia, mas incidem diretamente no âmbito somático, corporal, biológico (p.161).

Castiel (2010) refere que o biopoder deve ser encarado mais como uma perspectiva do que como conceito, no sentido de constituir um espectro de iniciativas mais ou menos racionalizadas, desenvolvidas por autoridades para intervir no âmbito da vitalidade humana (nascimento, desenvolvimento, adoecimento e morte (CASTIEL, 2010).

Tomando como base os autores, Negri (2008) e Nikolas Rose (2007), Castiel (2010) apresenta a biopolítica – como feixe de estratégias específicas que envolvem as questões relativas aos modos como a vitalidade humana, a morbidade e a mortalidade devem ser tratadas e a forma das intervenções estabelecidas. O autor exemplifica a biopolítica, afirmando que esta se relaciona ao trabalho de laboratórios biotecnológicos na criação de fenômenos e patologias, ao poder computacional dos dispositivos que vinculam históricas clínicas com sequências genômicas, aos poderes mercadológicos das empresas farmacêuticas, às estratégias regulatórias de comitês de pesquisa de bioética e de vigilância de drogas e alimentos e à busca de lucros envolvendo todas as instâncias.

Adotando esta referência o autor sugere que os preceitos e recomendações dos discursos de promoção da saúde, centrados no comportamento saudável, são regidos pelo ‘epidemiopoder’, que compreenderia a normatividade de base epidemiológica, que pretende disciplinar as populações humanas.

O epidemiopoder ocupa um lugar hegemônico no confronto das definições que se autorizam para estabelecer as decisões quanto ao rumo ‘correto’ das políticas, dos arcabouços administrativos legais e institucionais e das ações, baseadas nos padrões ditados pela expertise técnica vigente, participando ativamente da geração de uma cultura científica, que tem como base uma ética estatística, sem a

necessidade de se referir a qualquer imperativo ético de fato (BECK, 2008; CASTIEL, 2010).

O autor reforça que o princípio da prevenção se torna hiperprevenção englobando o princípio da precaução, mas a dimensão da proteção. A promoção da saúde adotando essa compreensão recheia-se de elementos biopolíticos imunitários, constituindo uma aliança do epidemiopoder com o dispositivo higioterapêutico, naturalizando as precariedades, produzindo um deslocamento para riscos preveníveis e patologias tratáveis.

Alguns autores, em especial, Rose (2007), Agaben (2004), Castiel (2010) apresentam um posicionamento crítico e sugerem que a biopolítica tem se convertido cada vez mais em bioeconomia. Na visão destes, a vida assume uma dimensão política essencial que se torna passível de governo, administração, cálculos, regras e normas, por intermédio de políticas públicas e de vigorosas ações bioeconômicas de empreendimentos privados no mercado globalizado. Este processo que tem como pressuposto o epidemiopoder conjugado ao poder terapêutico tenciona para dois processos.

Tem-se a molecularização biologicista dos fenômenos humanos. A *vida*, nesse sentido, é compreendida e abordada em termos de propriedades funcionais das sequências de codificação das bases nucleotídicas e suas variantes, dos mecanismos moleculares que controlam a expressão e transcrição gênica, das conexões entre propriedades funcionais das proteínas e sua forma constitutiva, da geração de elementos intracelulares como canais iônicos, enzimas, genes transportadores de membranas (ROSE, 2007; AGABEN, 2004; CASTIEL, 2010).

A *vitalidade* como foco central tem sido abordada por diversos tipos de *experts*, gerando múltiplos níveis de bens e serviços. A *vitalidade* passa a ser dividida em diversos componentes que podem ser definidos, guardados, intercambiados, comercializados em termos de tempo, espaço, órgãos, espécies conforme diferentes contextos, instituições e grandes empreendimentos bioeconômicos (ROSE, 2007; AGABEN, 2004; CASTIEL, 2010).

Na visão destes autores o *discurso hegemônico* da promoção de saúde tem um caráter positivista, e não está perene a complexidade da vida com todos os desafios da sociedade contemporânea, bem como a diversidade de grupos de populações humanas. Reforçam que o discurso da promoção da saúde assenta-se na

ideia (discurso) de muitos *experts* que normativizam as questões de saúde, tomando como referência uma posição de cidadão epidemiologicamente ativo, aberto ao aconselhamento epidemiológico (ROSE, 2007; CASTIEL, 2010).

Para a compreensão da promoção da saúde individual, Castiel (2010) traz os conceitos de *vida privada*, que para alguns **é vida privilegiada**, exclusiva, enquanto para outros **a vida é privada no sentido de privações** – falta do que é necessário à vida. O autor acrescenta que não é à toa que o ideário da promoção à saúde viceja no mesmo leito branco, anglo-saxão e protestante, que produziu, por exemplo, o neoconservadorismo estadunidense e afirma que:

[...] a promoção individualista da saúde possuiria aspectos religiosos, quase como uma seita no interior da religião capitalista na qual está subsumida, sob a égide de seus cânones liberal-eclesiásticos: liberdade de decidir com prudência, capacidade de atuar responsavelmente com fortaleza, direito de escolher e consumir com temperança os objetos e deleites da vida mundana, com o propósito de não comprometer os ideais de vitalidade e longevidade. (CASTIEL, 2010, p. 177).

Neste primeiro momento dialoguei com Castiel, mas não aprofundo o debate sobre o movimento da promoção da saúde em termos de seu caráter religioso. Ressalto, porém, que a crítica apresentada pelo autor é fundamental para a compreensão do estágio atual deste tema.

Destaco que há um intenso movimento dos pensadores do campo contra hegemônico na saúde coletiva, de avançar no debate teórico-metodológico para prover minimamente a sociedade de dispositivos de enfrentamentos dos seus problemas.

A meu ver a área de produção, ambiente, saúde e trabalho tem uma interessante perspectiva, rica de propostas em termos da promoção da saúde emancipatória. Destaco os autores Freitas e Porto (2011) que elaboram um ensaio intitulado 'Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde', em que buscam debater à luz de Boaventura de Sousa Santos e Paulo Freire novas bases teórico-metodológicas para reorientar as práticas locais de saúde, ambiente e desenvolvimento.

Na visão de Pivetta e Guimarães (2005) e Freitas e Porto (2010, 2011) uma promoção de saúde emancipatória envolveria um processo dinâmico e dialético de mediações e constituição de campos relacionais, cognitivos e éticos entre sujeitos individuais e coletivos. Isto implica uma produção compartilhada de conhecimentos e

práticas favoráveis à constituição de espaços de conquistas de liberdade, de redução de vulnerabilidades socioambientais e do exercício dos direitos humanos fundamentais.

Na visão de Freitas e Porto (2011) Boaventura de Sousa Santos auxilia no entendimento dos significados e posturas dos grupos que compõem a sociedade, tendo em vista que o autor reafirma a complexidade do agir humano, contribuindo para a superação de posições simplistas diante do desafio de promover a saúde e a qualidade de vida, não menosprezando os saberes populares ante o conhecimento dito científico.

A proposta de Boaventura sobre a necessidade de prevalecer a razão dialógica sobre a razão instrumental está de acordo com vários princípios da Saúde Coletiva e da produção compartilhada de conhecimentos (FREITAS, PORTO, 2011). Destacam estes autores que a formulação de Boaventura sobre os espaços estruturais e os seus desdobramentos se alinham com '*promover a saúde com*' e não '*promover a saúde para*', coadunando-se com a busca pela expansão dos princípios democráticos, entre eles qualificando a participação, a responsabilidade e a solidariedade (FREITAS; PORTO, 2011).

Promover a saúde com conforme sugerido pelos autores referidos acima é diferente da perspectiva hegemônica que tem sido praticada na ESF. No meu entendimento ***promover a saúde com*** deve partir do estabelecimento de uma relação horizontal em termos de reconhecimento de saberes. Ou seja, exige romper com a hegemonia do saber biomédico, do doutor, e estabelecer um mecanismo de interação solidária entre iguais na sua humanidade, apesar de diferentes.

Nesta ideia de promoção da saúde não há um saber já preconizado e afirmado e validado cientificamente, mas há um saber necessário a ser construído com significado e sentido cultural e histórico contextualizado a vida daquela comunidade/família/indivíduo. Trata-se de promover adaptações, reorientações, deslocamentos seja dos profissionais, seja das comunidades, considerando que esta ação será efetivada, quase sempre em contextos de conflitos, de violências, de sofrimentos, de adoecimentos ocasionados por diversas alterações na dinâmica do território.

Este é, pois, o cenário de ações promotoras de saúde na ESF, sendo essencial uma crítica ao referencial da promoção da saúde com o intuito de somar esforços teóricos para uma proposição que seja realmente útil a prática da ESF.

PARTE III O SERTÃO: UM LUGAR DE VIVER E TRABALHAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM COMUNIDADES RURAIS/CAMPONESAS.

Seção 1: O contexto do sertão onde vivi e aprendi a atuar na saúde da família: características gerais entrelaçadas à determinação social da saúde.

Figura 05: Abaporu. Pintura da brasileira Tarsila do Amaral.



Fonte: Disponível no Google imagens.

Tarsila do Amaral, com grande beleza pintou esta tela, que foi importante para inspirar uma nova cultura artística no Brasil, transformada, moderna e representativa da cultura do povo brasileiro. A pintora valorizou a língua tupi-guarani, nomeando a tela – *Abaporu* -, representando com as cores vivas, os matizes de um novo momento nas artes brasileiras.

Abaporu me inspirou, pois reúne os elementos que auxiliam a traduzir a essência da cultura e os significados da identidade sertaneja que descrevo neste capítulo.

O contexto do sertão já foi pintado, cantado, poetizado, sendo motivo de prosa e verso para muita gente. Este sertão vivo na cultura brasileira e nordestina é o cenário que me integra interna e externamente como sujeito. Trarei alguns aspectos que se relacionam com o modo de cuidar da saúde neste contexto sertanejo na ESF no Ceará.

O sertão do Ceará vivencia intensas transformações, como também o Brasil pelo fomento de políticas econômicas e sociais atreladas ao interesse do mercado, com vistas à reprimarização da economia. À guisa do exemplo, as mudanças planetárias, que vão desde a extinção de espécies vegetais e animais, alterações climáticas, o modelo agrícola, como também a incorporação da biotecnologia na 'produção de vidas', como exemplo, o produto - mosquito transgênico tem relação com a vida no sertão. Diversos autores tratam desta questão, relacionando alterações ambientais, modelo de produção capitalista e saúde.

É fundamental, portanto, estabelecer uma linha que liga o indivíduo e a sociedade, considerando a saúde e seus determinantes no ser humano individual e na coletividade humana, compreendendo este humano, como ser social, a partir de uma lógica da vida. Considerar a não homogeneização da coletividade humana, no termo denominado *populações* é essencial para a compreensão da determinação social da saúde em contextos específicos, como é o caso do semiárido nordestino.

Compreender que, no contexto capitalista global há injustiças ambientais, conflitos e disputas políticas, ideológicas no campo científico, étnico-raciais e religiosas em torno da defesa da vida humana, que reflete com intensidade diferenciada na África e na América do Sul em comparação à Europa, por exemplo.

Perceber a saúde humana a partir de uma leitura latino-americana, incorporando os saberes ancestrais, bem como a relação destes povos com a

natureza e o trabalho, influencia ou diferencia bastante a lógica da produção da saúde e das políticas públicas de saúde, quando esta tem como base somente o pensamento euro centrado.

Neste sentido, discuto a saúde, a partir do território, do chão das relações onde acontecem os atos em saúde nas comunidades rurais onde atuei na ESF no sertão cearense.

Abordo o tema da saúde humana, aceitando que é fundamental uma ruptura com o pensamento linear, como muito bem apontam Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) ao afirmar que as diferenças históricas e o modo de explicar as doenças não apresentam um padrão evolutivo de acumulação linear e crescente, pois sofreram rupturas e reorientações resultantes tanto da incorporação de novas modalidades de conhecimento quanto das práticas sociais. Reforçam ainda estes autores a complexidade e a necessidade da dialogicidade entre os conceitos saúde e doença:

[...] os conceitos de saúde e doença formam uma parte de uma trama complexa de relações, representações e percepções, nas quais se entrelaçam aspectos amplos da vida e morte, orientações filosóficas; dimensões mais específicas, como possibilidades experimentais, tecnologias, protocolos terapêuticos, modelos de formação médica, institucionalização e regulamentação na área da saúde, organizações sociais nas quais se inserem as práticas e instituições de saúde. (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p.30).

Os autores Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) afirmam que o campo da saúde está imerso em uma realidade em que concorrem conhecimentos científicos e não científicos, práticas e instituições diversas, lutas políticas, valores e crenças, e o que se entende por saúde e os modos de intervenção terapêutica é, muitas vezes, o resultado da interação de diferentes forças e ideologias.

Reforçam que o campo da saúde se constitui como uma *pluralidade de saberes e modos de agir sempre em mudança, permanentemente aberto ao novo*, isso extrapola o conjunto de disciplinas científicas voltadas para a saúde de indivíduos e populações (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Concordo com este entendimento e considero essencial esta abertura e pluralidade de saberes e modos de agir. Recorro a Bringel e Varella (2014) que reconhecem que o saber ancestral, coletivo e popular se torna central no cenário de

produção do conhecimento, estando presente tanto de maneira autônoma, quanto, de maneira dialética, em perspectivas de construção de saber transformador.

O diálogo de saberes, reconhecendo este saber, por exemplo, é fundamental para o cuidado em saúde centrado nas necessidades de saúde no âmbito da saúde coletiva. Entendo nesse sentido, que o sertanejo/camponês, que vivia e vive hoje no semiárido tem um saber sobre o cuidado em saúde, que não é conhecido pelo serviço de saúde e que precisa ser reconhecido e aprendido pelos profissionais da saúde.

Reforço, portanto, que os meus compromissos com a saúde coletiva estão alicerçados na ética, na identidade cultural sertaneja, na luta pela garantia do direito à vida digna, na solidariedade com uma população da qual sou parte. Disso nascem meus atos como profissional e pesquisadora do SUS.

Resgato algumas memórias dos tempos idos, que marcaram o meu modo de atuar e pensar quando me refiro ao **cuidado em saúde, a cuidar de gente, ou seja cuidar da vida**, considerando a visão de saúde explicitada acima.

A vida no sertão eu vi de perto, porque vivi e trabalhei neste lugar. Ouvi as histórias reais do povo nos tempos de infância e na vida profissional na ESF. Escutando as músicas de Luiz Gonzaga, lendo os poemas de Patativa do Assaré e conversando com o povo fui descobrindo um mundo que não se apresentava nos livros do ensino do primeiro e segundo grau, como eram denominados à época.

Os livros de história, por exemplo, falavam da riqueza de um Brasil colonial e destacavam o ciclo da borracha, da mineração e a migração dos nordestinos, o êxodo rural, mas não falavam da dor, da angústia, dos sofrimentos, da saudade, da morte, dentre outras coisas que eu via no cotidiano.

Do modo de viver das famílias do sertão falavam muito bem Patativa do Assaré, Luiz Gonzaga, Raquel de Queiroz, Graciliano Ramos, Domingos Olímpio e outros autores que li na minha infância e adolescência – muitos livros destes descobertos pela curiosidade literária e por existirem na minha casa, pois o meu pai lia estes livros.

A história do povo contada por estes autores me despertava muitas curiosidades e lágrimas! Estas histórias eram o reflexo vivo do que eu presenciava no sertão. A partir das leituras de livros como O Quinze, Luzia Homem e Vidas Secas, nasceram muitas das minhas reflexões. Eu me perguntava com uma compreensão

ingênua: por que tanta fome, miséria e dor? Por que pessoas tão boas, honestas e trabalhadoras merecem sofrer tanto? Estas questões e o anseio de encontrar respostas para tais me fizeram sair do campo para a cidade, no intuito de saber e aprender sobre o mundo!

Este lembrar tem uma intencionalidade que é explicitar o contexto, o território, como primazia no ato de cuidar em saúde, a implicação do sujeito. Ou seja, as práticas emancipatórias em resposta às necessidades de saúde na ESF/SUS, no meu entendimento nascem contextualizadas a uma realidade experiencial.

Para tanto, cito o poema “Pílulas do Grande Sertão” que diz de forma profunda o significado deste contexto, deste território, que é o sertão, o semiárido, que é o lugar onde vivi e por onde andei fazendo ações de saúde no âmbito da promoção, da vigilância, do tratamento, seja no plano individual ou coletivo na ESF.

Este sertão não é, de forma alguma, de fracos, de perdedores, de coitados, de miseráveis, mas antes, de tudo, dos fortes, dos destemidos, dos corajosos, dos que sofrem, padecem e permanecem porque acreditam que ali é o lugar de viver e construir um novo tempo. Como muito bem-dito nas palavras de Guimarães Rosa, o sertão:

Pílulas do Grande Sertão

Sertão é onde manda quem é forte, com as astúcias.

Deus mesmo, quando vier, que venha armado!

O sertão é do tamanho do mundo.

Sertão é dentro da gente.

O sertão é sem lugar.

O sertão não tem janelas, nem portas.

E a regra é assim: ou o senhor bendito governa o sertão, ou o sertão maldito vos governa.

O sertão não chama ninguém às claras; mais, porém, se esconde e acena.

O sertão é uma espera enorme.

Sertão: quem sabe dele é urubu, gavião, gaivota, esses pássaros: eles estão sempre no alto, apalpando ares com pendurado pé, com o olhar remedindo a alegria e as misérias todas.

Guimaraes Rosa

A convivência com este lugar das aves de rapina, do céu azul, do sol em brasa, que é a expressão singular e complexa da beleza e da escassez em um movimento de resistência e de luta pela vida, é o contexto, em que me fiz profissional da saúde.

Figura 6: Fotografia registrando a beleza da caatinga no sertão cearense. Forquilha, 2014.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

O semiárido é, portanto, um aspecto fundante das relações que me envolvem com a saúde, com o adoecimento, com a morte e a vida das pessoas nas comunidades rurais, habitantes da caatinga nordestina. O Ceará faz parte deste semiárido, que é considerado em termos geográficos como o espaço brasileiro caracterizado por precipitação média anual inferior a 800 milímetros, índice de aridez

de até 0,5 e risco de seca maior que 60%. Estes critérios, que caracterizam a região semiárida, estão estabelecidos na Portaria nº 89/2005 assinada pelos Ministérios da Integração Nacional e do Meio Ambiente.

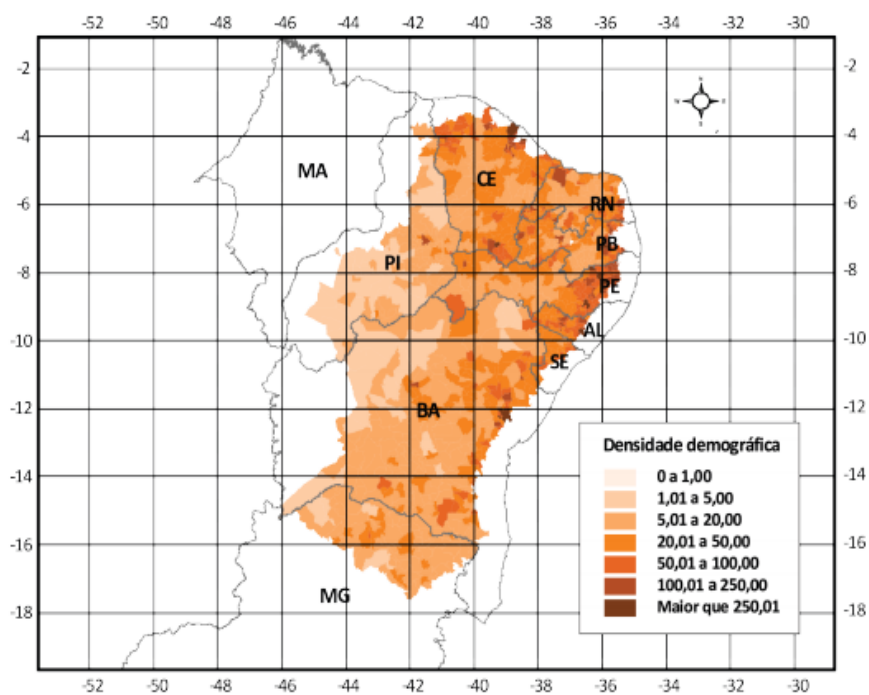
Figura 7: Fotografia do mandacaru no sertão cearense. Tauá, 2014.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

A densidade populacional da região semiárida foi de 23,06 habitante/ km², estando o Ceará desta média para mais e em relação à extensão territorial do Estado no semiárido, corresponde a **86,74% com 81,52% dos municípios neste espaço geográfico, conforme a figura 8.**

Figura 8: Distribuição espacial dos municípios do semiárido segundo a densidade demográfica, 2012.



Fonte: MEDEIROS, 2012, p.103.

A região nordeste juntamente com uma parte do Estado de Minas Gerais está no semiárido, sendo o Nordeste a região como maior população rural no Brasil. Em relação ao Ceará, existem variações neste sertão rural, como pode ser percebido analisando os dados da Agência de Desenvolvimento Econômico do Ceará (ADECE, 2014). Os dados da agricultura, com foco na fruticultura que consiste num dos expoentes do agronegócio no Estado colocam-no como **6º produtor nacional de frutas, o 1º produtor de caju, o 2º de coco, maracujá e melão, e o 3º de mamão.**

Neste cenário da agricultura cearense destaca-se a região da chapada do Apodi, no baixo Jaguaribe. Estudo de Pessoa e Rigotto (2012) referem que o grupo de pesquisa faz alusão às formas de dominação e subjugação dos moradores, que são explorados de maneira desmedida pelos "colonizadores" modernos e expõem também como se dá à apropriação dos bens naturais locais. Segundo os depoimentos dos sujeitos entrevistados em Pessoa e Rigotto (2012, p. 71)

O interesse (das empresas) é porque esse solo daqui da chapada do nosso rio [Jaguaribe] está como se fosse o segundo solo melhor do mundo: não é nem do Brasil! [...] aí tem aquela música que diz: "tudo que se planta dá", pois essa terra tudo que se planta dá, e nós graças a Deus moramos aqui, e era para valorizarmos muito mais. Por isso que existem guerras em países aí, pessoas que brigam por causa disso, nós aqui estamos dando as terras, vendendo [...], *as pessoas que vêm de fora exploram a nossa situação sem limite, sem nenhuma responsabilidade e hoje nós estamos sofrendo [...] porque o índice de câncer está aumentando muito de um certo tempo para cá [...]. [...] várias consequências para saúde física do trabalhador encarecendo o sistema de saúde municipal.*

Há um reconhecimento dos sujeitos pesquisados sobre a importância da natureza, no caso a terra e água, pela qual há disputas diversas no mundo globalizado, e que não há divulgação da informação para a população, que acaba não valorizando a terra. Apontam com clareza os danos à saúde e a exploração do trabalho, que se configuram na população local inter-relacionados ao agronegócio (PESSOA; RIGOTTO, 2012).

Estas questões relacionadas ao trabalho na agricultura, ao ambiente saudável e a saúde humana precisam estar entrelaçadas com a ideia de superação de pobreza e de iniquidade em saúde. Não é a melhor escolha apostar em processos produtivos que geram a longo prazo mais nocividade ao ambiente e à saúde humana junto às populações que já se encontram em situação de vulnerabilidade.

No Ceará, mesmo com a escassez de recursos hídricos tem sido fomentada pelo estado a fruticultura irrigada, com a construção de perímetros que fornecem águas para irrigação das culturas cultivadas pelo agronegócio. Este aspecto

tem gerado diversos conflitos relacionados a concentração de terra, contaminação das águas, por agrotóxicos, por exemplo em regiões distintas do Ceará, ocasionado impactos à saúde humana de grupos populacionais vulnerabilizados, como sertanejos, camponeses, pequenos agricultores.

Figura 9: Fotografia do açude em período de estiagem no sertão dos Inhamuns. 2014.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

A partir da perspectiva econômica, a ADECE apresenta o cenário da fruticultura irrigada cearense de alta tecnologia com **os números mais expressivos da agricultura cearense**, tornando o Estado o **3º maior exportador brasileiro de frutas frescas**, exportando 102,4 milhões de dólares em 2011 e **108,2 milhões de dólares** em 2012, depois de ter chegado a exportar 131 milhões de dólares em 2008, antes da crise mundial.

Em relação ao Valor Bruto da Produção (VBP) segundo dados do IBGE, em 2013, a produção de frutas foi de **1.650 mil** toneladas, gerando um volume de **R\$1.358 milhões** de reais.

Esse panorama é muito relevante, pois apresenta a polaridade vivida no rural cearense. Os dados do agronegócio demonstram uma realidade na agricultura irrigada versus outra realidade, que é aquela vivida na agricultura familiar e camponesa. De um lado: o *desenvolvimento econômico, a produção agrícola do agronegócio e do outro lado os dados da pobreza, da concentração de terra, da seca e da fome*.

O Estado também tem fortes atrativos turísticos e contabiliza mais de dois milhões de visitantes por ano, sendo o setor de serviços o maior percentual (73,1%) da riqueza produzida no Ceará, seguido do setor industrial que enseja 22,2% da riqueza do Estado e da agropecuária, com 4,7%, dados de 2011(CEARÁ, 2014).

Apesar disso, as palavras *fome, pobreza, miséria, seca, injustiça, desigualdade, analfabetismo*, que permeiam o cotidiano da vida dos mais vulneráveis são bastante comuns ao cearense que reside no sertão/rural.

Este processo de injustiça social, com forte apelo ambiental está muito presente na expressão cultural nordestina, como na literatura, na música, na poesia, na religiosidade, nos cordéis que expressam a convivência do sertanejo com o semiárido, ou seja, com as questões ambientais e com o trabalho identificando-se um envolvimento do povo cearense com a natureza.

Patativa do Assaré, no poema Triste Partida diz: “Meu Deus, meu Deus, pois logo aparece feliz fazendeiro, por pouco dinheiro lhe compra o que tem...”. Este cenário, expressa a situação do pobre, a tristeza de partir e abandonar a terra natal e, por outro lado, a felicidade do rico, que compra os pertences daquele que foi expulso, vulnerabilizado e mostra alguns aspectos de como se materializa e fortalece a concentração da riqueza.

Trechos do poema Triste Partida

Meu Deus, meu Deus. . .

Assim fala o pobre

Do seco Nordeste

Com medo da peste

Da fome feroz

Ai, ai, ai, ai

Nós vamos a São Paulo

Que a coisa tá feia

Por terras alheia

Nós vamos vagar

*A seca terrível
Que tudo devora
Lhe bota pra fora*

*Da terra natá
Chegaram em São Paulo
Sem cobre quebrado
E vende seu burro
Jumento e o cavalo
Inté mesmo o galo
Venderam também*

*Meu Deus, meu Deus
Pois logo aparece
Feliz fazendeiro
Por pouco dinheiro
Lhe compra o que tem
Ai, ai, ai, ai
Meu Deus, meu Deus
Faz pena o nortista
Tão forte, tão bravo
Viver como escravo
No Norte e no Sul
Ai, ai, ai, ai*

Patativa do Assaré

Patativa do Assaré tão bem retrata um contexto marcante vivido durante muitas décadas no Ceará, e que de certo modo ainda é a realidade de alguns. Outros processos que o poema traz com bastante ênfase como a migração, a insegurança alimentar, ‘a escravidão do nortista no Norte e no sul do País’, ainda são vividos, mas de forma, talvez mais simbólica, do que propriamente material, claro sem o descarte completo desta modalidade.

Observo, na atualidade, no momento em que há uma acirrada disputa política, como as eleições presidenciais democráticas de 2014, associadas a diversos retrocessos e perdas de direitos trabalhistas e de conquistas sociais, que há uma forte expressão na internet de agressões e manifestações preconceituosas contra os nordestinos.

Estes preconceitos, que são de classe, de cor, de sexo, de etnia demonstram a herança de uma sociedade elitista e aristocrática, apontando que se somam diversos outros processos culturais de dominação, exploração e preconceitos contra as populações do semiárido, reconhecidamente os mais pobres, materialmente falando deste imenso País.

O pobre que migra do sertão nordestino para a cidade grande, continua pobre, ou muitas vezes, ainda mais pobre e destituído do seu lugar, da sua raiz cultural, do seu modo de vida tradicional e das possibilidades de retorno à terra natal. Este processo de desterritorialização acontece mediado por uma política econômica que concentra renda, oprime, explora, produzido numa tensão permanente entre uma classe social que detém as formas de expressão cultural e de diversos meios de comunicação e deseja impor seus valores, sua cultura e seu modo de vida, aos subdesenvolvidos, sub-humanos...

O retrato da *iniquidade* e da *desigualdade social* em saúde num contexto de seca, que é um processo cíclico no semiárido, exacerba-se, tendo em vista os vários outros processos nacionais e globais em curso, alicerçado numa política econômica. Neste contexto é necessário um posicionamento ético-político contra a considerar a saúde como bem privado, *commodities*, produto, mercadoria ou serviço comercializável, atribuindo-lhe valor monetário, e, por conseguinte, posição e preço num mercado de trocas econômicas (ALMEIDA FILHO, 2011).

A segurança alimentar e nutricional das populações sertanejas/rurais tem sido tema recorrente e instigante, tanto do ponto de vista da saúde, como de outras políticas governamentais. A desnutrição infantil e a fome são cenários que tencionam para a imposição de um modelo econômico, que diz produzir alimentos para saciar a fome. A produção de alimentos no sertão, na agricultura de sequeiro, está relacionada com a estação chuvosa. Nesta estação entrelaçam-se o trabalho promissor na agricultura de subsistência e os agravos à saúde, como as doenças de veiculação hídrica e as infecções respiratórias, relacionados à falta de saneamento ambiental e moradias adequadas.

O observatório da política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas (obteia) do qual sou pesquisadora, está realizando uma pesquisa em nove municípios do Brasil, dentre eles Tauá/Ceará. Neste município a pesquisa está sendo realizada em duas comunidades, sendo um assentamento rural e uma comunidade com população negra, onde teve início o movimento sindical de Tauá. O Assentamento rural denomina-se 1º de Setembro e a comunidade se chama Barra do Vento, ambas distante 52 km da sede do município. Estas comunidades por meio de oficinas participativas destacaram os aspectos que ameaçam e promovem a vida nos territórios camponeses/sertanejos (OBTEIA, 2015).

As comunidades destacaram como aspectos que **ameaçam a vida**: *Má alimentação; água de má qualidade; degradação do meio ambiente; transporte escolar de má qualidade; estradas vicinais/difícil acesso; falta de saneamento básico; falta de comunicação; lixo; drogas; falta de segurança; demora nas marcações de exames e consultas especializadas; e a falta de profissional dentista na equipe* (OBTEIA, 2015).

Fica evidente uma relação do que ameaça a vida com a determinação social de saúde, o que está relacionado a uma ação intersetorial para avançar na promoção da saúde humana por meio da ESF. Neste contexto somente os dois últimos itens estão diretamente relacionados ao serviço de saúde, o que denota a relevância deste como uma ação estratégica para o enfrentamento dos problemas de saúde. Contudo, o serviço de saúde não pode se eximir de contribuir no enfrentamento das demandas intersetoriais, pois a este cabe, por exemplo, o acompanhamento nutricional, a vigilância da qualidade da água, dentre outros. A ESF, portanto, em territórios rurais/sertanejos precisa dialogar com questões amplas relacionadas à saúde.

Dentre os aspectos que **promovem a vida** nos territórios rurais/camponeses estão: Terra para trabalhar; associações e delegacia sindical; cisternas de placas e de enxurrada; energia e poço profundo; ESF com visitas domiciliares ampliadas pelos médicos e enfermeiros; telefones através de antenas; futebol; transporte escolar que favorece o acesso à escola; religiosidade; alimentação de qualidade (produção sem agrotóxicos); meio de transporte acessível (moto) (OBTEIA, 2015).

A promoção da vida e da saúde está relacionada principalmente a presença de organização comunitária e de políticas públicas de enfrentamento à situação de vulnerabilidade. Vale ressaltar, por exemplo, que esta atividade foi realizada no final de 2014, após um período prolongado de seca, e, as comunidades sertanejas não apontaram a seca como um problema, mas a água imprópria, evidenciando portanto, uma convivência com a natureza que não compreende seu fenômeno natural no semiárido como problema. O problema está na falta de uma atuação do Estado na garantia de espaços públicos de lazer, segurança, escolas, transportes, estradas, dentre outros.

Destaco que as políticas sociais apontadas como promotoras da vida, como o Programa Bolsa Família, o Programa Um Milhão de Cisternas, a aposentadoria rural,

a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos têm contribuído para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes do ponto de vista das demandas territoriais.

Figura 10: Fotografia de atividade de pesquisa de campo com a Equipe Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde beneficiada com o Programa Mais Médicos numa comunidade rural, em Morrinhos/Ceará. 2015.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

O governo federal em 2006 aprovou a Lei da segurança alimentar e nutricional que consiste:

[...] na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como **base práticas alimentares promotoras da saúde** que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (Art. 3º)

A segurança alimentar e nutricional abrange: (Art. 4º)

I – **ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar**, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos **alimentos, incluindo a água**, bem como da geração de emprego e da redistribuição de renda;

II – conservação da biodiversidade e utilização sustentável dos recursos;

III – **a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social;**

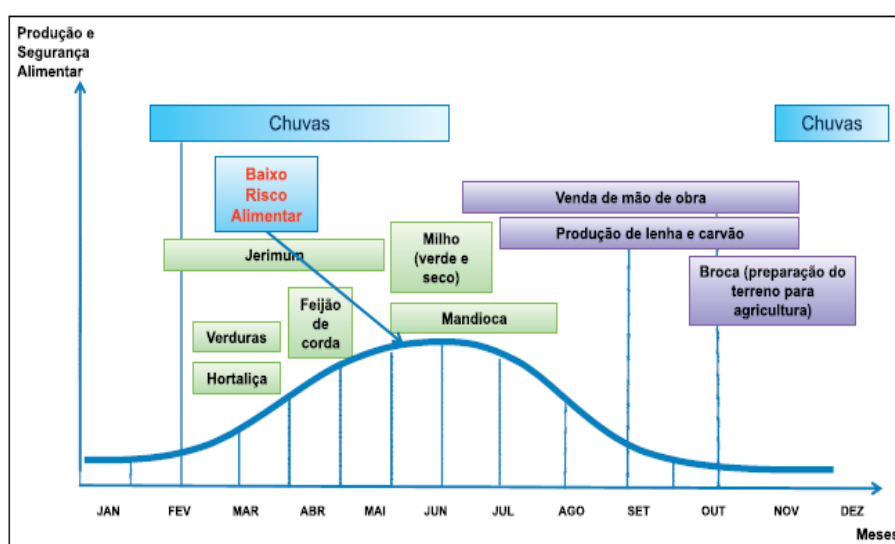
IV – a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população;

V – a produção de conhecimento e o acesso à informação; e

VI – a implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do País. (Grifos meus).

Considerando o aparato legal normativo reconhecido, que ainda há que se avançar muito na prática. A curva da segurança alimentar no semiárido conforme pode ser visto na figura 11 demonstra que as culturas relacionadas à garantia da segurança alimentar não são aquelas cultivadas pelo agronegócio, mas as cultivadas pela agricultura familiar camponesa.

Figura 11: Curva de Segurança Alimentar no Semiárido.



Fonte: GARIGLIO *et al.*, 2010, p. 60.

Estas culturas são os grãos como o **feijão de corda**, o **milho** e a tradicional **mandioca**, que não são produtos de exportação, que também não fazem parte da agricultura irrigada, ou seja, é comida de sertanejo, de cearense!

Este aspecto me parece bem interessante, porque quando se faz alusão à palavra *riqueza* em termos de PIB, nesta não está incorporada a dimensão da tradição, da cultura alimentar, da economia local, que resulta em melhoria da saúde humana.

Conhecer os sujeitos e suas territorialidades como elementos essenciais de um modo de vida está implicado com as práticas de saúde da ESF. Reconhecer que a segurança alimentar está relacionada com a promoção da saúde e da vida digna no sertão e que isto também gera impactos econômicos consiste em atuar tendo como base outra forma de pensamento. Adentrando a seara da saúde, significa identificar as populações sertanejas/rurais como pessoas trabalhadoras, produtoras e moradoras que comem o que produzem e que produzem para viver!

Figura 12: Fotografia de atividade de pesquisa com a comunidade rural remanescente de quilombo no sertão cearense. Tauá, 2014.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Estes temas estão relacionados ao conceito de determinação social da saúde. Nogueira (2009) faz uma análise crítica do tema, enfocando o conceito de causa e o seu uso na epidemiologia e reforça que há uma hegemonia da epidemiologia tradicional no campo da determinação social da saúde. Para o autor ainda prevalece uma visão biologicista da saúde marcada por uma posição metodológica positivista, precisando ser superado por uma apropriação ontológica (NOGUEIRA, 2009).

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) em diálogo com Nogueira (2009) sobre o conceito de determinação concordam como sendo um 'problema essencialmente ontológico', contudo tomam como referência um princípio fundamental da visão

marxiana e afirmam que se trata da apreensão da independência ontológica das coisas em relação ao pensamento.

Avançam afirmando que tem uma realidade que não é construída pela representação humana, que tem grande independência dessa representação e “[...] o esforço cognitivo volta-se justamente para possibilitar o encontro das lógicas próprias, das causalidades, das determinações, da legalidade, enfim, que é imanente às diversas objetividades [...]” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.43).

Salientam que a independência da objetividade no momento cognitivo ou científico não pode ser confundida com a redução da objetividade social ao determinismo mecânico e abstrato de fatores materiais e econômicos. Reforçam, que ao contrário:

[...] a sociabilidade será sempre entretecida também pelas interações subjetivas no que importam fundamentalmente as diversas representações que aí se formam. Essas representações são, assim como as condições materiais de produção, igualmente determinantes e jogam com elas uma inter-relação complexa e diversificada na constituição das sociedades. (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.43).

Os autores concordam que o debate epistemológico, metodológico e o avanço científico em todos os âmbitos serão sempre relevantes ao campo teórico e prático da determinação social da saúde. Reconhecem a necessidade de avançar no campo do convencimento e do conhecimento. Alertam, entretanto, que é fundamental perceber que há evidência suficiente empírica e imediatamente acessível a todos na vida cotidiana e acumulada historicamente e detalhada epidemiologicamente sobre a determinação social da saúde.

Defendem Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) que não se carece de um novo foco epistemológico, nem científico no campo da determinação social da saúde. E reforçam ainda que se as decisões sociais não são tomadas para o enfrentamento das questões, é por uma falta, ou deficiência social, ou dito de outra forma – **política**.

Concordo com estes autores, e, compreendo que o processo vivido no sertão/campo no Ceará, em que há a presença de efeitos severos, que acarretam mortes às populações rurais/camponesas tais como: diversos tipos de violência, trabalho escravo, doenças relacionadas ao trabalho, intoxicações por agrotóxicos; doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis; doenças de veiculação hídrica (diarreicas, hepatites) e doenças respiratórias; doenças com forte relação ambiental: leishmaniose (calazar), doenças de chagas, dengue e outras.

Figura 13: Fotografia registrando a morte violenta no campo em Tauá, Ceará. 2014.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

As mortes por estas causas são muitas vezes o mecanismo pelo qual a sociedade toma conhecimento do problema. Ou seja, muitas destas doenças (morbidades) estão invisíveis, principalmente, as que têm relação com o trabalho.

Acredito que a visibilização de algumas morbidades e mortalidades requeria uma atuação mais direcionada no enfretamento das iniquidades em saúde no sertão/rural. Estas iniquidades relacionam-se com a determinação social da saúde e com a concentração de terra, ou seja, posse da terra, por uma minoria, por exemplo, que acarreta a manutenção de desigualdades no Ceará rural/sertanejo. Esse processo tem um caráter histórico-estrutural que remonta a colonização até a globalização atual.

Compreender, portanto, as desigualdades no sertão cearense, implica em reconhecer a conjuntura nacional que privilegia o grande produtor rural, concentra terras, fortalece um modelo de agricultura, que é o químico-dependente. Este processo promove impactos à saúde dos trabalhadores rurais assalariados, dos pequenos produtores e dos moradores das comunidades rurais/camponesas favorecendo um ciclo de desigualdade no campo alicerçados na ausência de reforma agrária desde os tempos coloniais.

Alguns aspectos devem ser entendidos quando utilizo os conceitos de **inequidade, iniquidade e desigualdade**. A desigualdade em saúde constitui uma questão bioética fundamental, reforçando a importância de distinguir os conceitos de inequidade e iniquidade, o que significa introduzir no processo de teorização, pretensamente neutro e impessoal, os elementos de indignação moral e política (ALMEIDA FILHO, 2009, 2011).

Como aponta o autor, tomar como referência apenas a dimensão da justiça, na esfera da equidade (e do seu oposto, a inequidade) é insuficiente no que diz respeito ao tema da dignidade humana.

Almeida Filho (2011) reitera que:

[...] estruturas sociais, processos políticos perversos e políticas de governo sem equidade geram desigualdades relacionadas à renda, à educação e à classe social, portanto 'inequidades', correspondendo a injustiça social. Algumas desigualdades são, além de injustas, são iníquas e, portanto, moralmente inaceitáveis; constituem iniquidades que geram indignação e potencialmente mobilização social (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 98).

Posta esta visão de desigualdades em saúde, apresento um estudo realizado pelo Ministério do Meio Ambiente, em 2010, que refere à permanência da

concentração fundiária na região Nordeste. Os dados do Censo Agropecuário demonstram uma variação muito pequena do percentual das terras ocupadas pelos estabelecimentos de menos de 100 hectares, que em 1996, correspondiam a quase 40% das terras disponíveis e que em, 2006, continuavam praticamente a mesma quantidade (IBGE, 2010). Ou seja, prevalece o latifúndio!

Persiste como sério problema o caráter excludente das estruturas fundiárias, com algumas transformações em razão da incorporação de mercados, da absorção de tecnologias e as mudanças induzidas pela tímida reforma agrária realizada no Brasil (GARIGLIO *et al.*, 2010).

Acredito ser fundamental na atuação na ESF com vistas ao conhecimento emancipação, o reconhecimento de que a concentração de terra tem relação com a pobreza nos territórios rurais/camponeses. Estabelecer uma relação com a determinação social da saúde e a estruturação de ações participativas e críticas deste contexto podem ser premissas rumo a uma atuação solidária na saúde.

Por outro lado, a ESF compreender que este processo é dialético, e, que os recursos florestais no semiárido, na caatinga, servem a uma multiplicidade de fins, estando presentes na alimentação, na habitação, no vestuário, no lazer e na saúde das populações, por meio do fornecimento de bens e serviços das florestas na forma de frutos, fibras, corantes, ervas medicinais, como também a madeira para construção, a lenha, a água e o ar puro, contribuindo para a organização do modo de vida no sertão. (GARIGLIO *et al.*, 2010).

A convivência instaurada entre os sertanejos/camponesa e a natureza, precisa ser realizada de forma sustentável e cuidadosa, e, sobretudo, valorizada e reconhecida como práticas comunitárias saudáveis, relacionadas ao modo de vida camponês e também deve ser compreendida pela ESF na abordagem do território.

Para tal faz-se fundamental a existência de políticas públicas que garantam acesso à informação e a formação dos profissionais de saúde à luz dos contextos. É preciso radicalizar com o modelo de formação dos profissionais da ESF e atuar decisivamente com vistas à promoção da saúde, perceber as desigualdades existentes em relação aos grupos sociais mais vulneráveis (comunidades rurais, negros e índios), que reflete a exclusão histórica que perdura até os tempos atuais.

Cotta *et al.* (2007) ressaltam que a questão cultural, a territorialidade, a etnia, o gênero, a orientação sexual, a subjetividade e os demais aspectos de pessoas

ou grupos em situação de exclusão de bens e serviços públicos são centrais para o debate nas políticas públicas. Reforço que este debate precisa dar-se nos territórios com os sujeitos locais, o poder público e a população.

Apontam estes autores que os profissionais de saúde devem estar atentos para a realidade, adentrar a comunidade, buscando perceber as carências da população sob seu cuidado visando conhecer as características demográficas, epidemiológicas, culturais, socioeconômicas e políticas.

Reforçam que identificar a condição socioeconômica vulnerável, permitindo a escuta e a identificação da existência de situações de exclusão, relacionadas às diferentes condições, não apenas aquelas injustiças decorrentes de classe social, são importantes para as práticas de saúde (COTTA *et al.*, 2007).

Até o momento caracterizei o sertão semiárido, como um lugar onde vivi e aprendi a atuar na saúde e teci um diálogo crítico com os processos perversos que geram iniquidades vivenciados no sertão – a determinação social da saúde. Em tempo, abordo o conceito de **território**, tendo em vista, que este termo é utilizado na literatura científica e normativa da saúde da família como estruturante do cuidado em saúde.

Saliento, primeiramente, que este tema tem profundo significado para mim, pois também é a primeira ação estratégica de uma equipe saúde da família. Sempre trabalhei na saúde com o território. Nos primórdios da minha atuação na ESF eu não me preocupava com o conceito. Eu andava pelo território, percorria as estradas, os riachos, adentrava as moradias das pessoas, porque ir a estes lugares era descobrir um povo, uma cultura, a natureza bela do Ceará. Era, pois, conhecer o Ceará e me conhecer.

As duas paisagens que mais me marcaram no Ceará foram: Inhamuns e Cariri. Sucintamente trago a beleza de Assaré situado no Cariri, lugar onde vi água em abundância, vegetação exuberante e solos de uma cor de terra fértil. Quando percorri seus interiores, compreendi mais a música “só deixo meu cariri no último pau de arara”. Havia muitas comunidades isoladas, com dificuldade de acesso por carro. Na figura 14, que traz uma fotografia, em que o guia é a criança, que conduziu a travessia de um riacho, eu e a médica, a pé, para realizar uma visita domiciliar à comunidade rural.

Figura 14: Fotografia registrando a exuberância da natureza e os caminhos de Assaré/Ceará, 2000.



F

oFonte: Acervo da pesquisadora.

O reconhecimento do território se dava em duas perspectivas: percorrer, ir às casas, aos lugares onde as pessoas viviam. E, com a equipe elaborar e discutir os mapas. Os ACS tinham que desenhar os mapas sem esquecer nenhuma casa, nenhuma fonte de águas, caminhos... Era o reconhecimento do território, a *territorialização em saúde*.

O território é valioso para minha atuação profissional, seja na ESF ou na pesquisa, sendo este o objeto de estudo da dissertação de mestrado em saúde pública intitulada: *Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na APS em Quixeré/Ceará (2010)*. O referido estudo

destacou que as transformações decorrentes das mudanças advindas com a Modernidade, com o avanço da tecnologia e com a revolução do mundo do trabalho, propiciam novas relações de vínculo com o trabalho, como também da relação humana com o meio ambiente (PESSOA, 2010).

Reforça a autora que esse “‘processo civilizatório’ que se encontra em permanente expansão, nos últimos tempos, vivencia crises cada vez maiores com o potencial de ensejar novas necessidades de saúde e conseqüentemente de novas práticas sanitárias” (PESSOA, 2010, p. 27). Considera relevante exprimir as reflexões sobre a focalização/priorização das ações em saúde na ESF, porque a compreensão da dinâmica dos indicadores de saúde e as mudanças do modo de viver estão intrinsecamente relacionadas com as transformações que se efetivam no território.

Pessoa *et al.* (2013a) afirmam, portanto, a insuficiência da incorporação dos processos que modificam as relações humanas *no e com* o território nas práticas da APS. Os autores destacam que a territorialização restringe-se a elaboração de um mapa que focaliza áreas de risco que são entendidas como responsabilidade dos profissionais da APS, e mais como uma estratégia organizativa e gerencial do serviço. Tal processo não incorpora realmente a participação comunitária, não sedimenta o compromisso ético-sanitário da equipe com a população, nem estabelece parcerias que busquem ação corresponsável na promoção da mudança (PESSOA *et al.*, 2013a).

Todavia é preciso que o SUS/ESF perceba e atue considerando [...] o contexto da reestruturação produtiva das novas relações de trabalho e as transformações ambientais têm gerado *novas necessidades de saúde* e demandado novas práticas sanitárias na APS” (PESSOA *et al.*, 2013a, p. 2254).

O território na perspectiva de Santos (2008), em diálogo com Akerman (2005) e Carvalho (2005) é compreendido como o lugar, o chão das relações entre as pessoas, o espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, onde se concretizam as relações de cooperação e de poder, constituindo-se em distintos territórios, onde se materializam de forma concreta as condições de vida das populações e a presença ou ausência da ação pública.

Esses autores consideram que os territórios não são estáticos, nem se bastam por si sós, são interdependentes em relação a outros territórios, conectados entre si e com a história de cada lugar. Relatam, com efeito, Augusto e Moisés (2009)

a importância para a saúde pública utilizar o conceito de território socialmente constituído, ou seja, as inter-relações decorrentes entre o trabalho/ambiente e as implicações na saúde humana estão situadas em um território que comunga de valores sócio históricos.

Perceber o imbricamento da política de agricultura e da política econômica é uma exigência para a ESF para abordar territórios rurais/camponeses, como também estabelecer nexos entre o modelo de desenvolvimento econômico e a saúde pública.

A tríade saúde, território/ambiente e desenvolvimento formam uma conexão que deve ser contemplada pela saúde pública ao introduzir o conceito de território/ambiente socialmente construído, no qual se considera todo o conjunto de componentes materiais, paisagens e seres vivos em profunda inter-relação (AUGUSTO; MOISES, 2009, p. 23).

Considero que, ao longo dos anos, a trajetória de saúde das populações sertanejas do Ceará esteve relacionada às questões ambientais, principalmente na relação estabelecida entre a população e as secas que assolaram os solos cearenses, dizimando populações e contribuindo para diversos processos migratórios intra-estadual e interestaduais (PESSOA, 2010).

Por outro lado, há a necessidade de ancoragem da questão da saúde em modelos explicativos mais complexos e em espectros conceituais mais amplos do molecular-subindividual-sistêmico-ecológico na dimensão biológica ao individual-grupal-societal-cultural na dimensão histórica (ALMEIDA FILHO, 2011). O autor conclui que:

[...] a abordagem da questão da saúde pelo viés científico – social, antropológico e biológico – terá alcançado seus limites sem a mais tênue possibilidade de apreender as múltiplas e diversificadas propriedades do objeto-modelo complexo, totalizado, articulado, multifacetado do que se pretende construir (ALMEIDA FILHO, 2011, p.125).

A saúde humana, portanto, com toda a complexidade e múltiplas facetas que a compõem está em permanente processo de mudança, já que está relacionada aos hábitos, às práticas, às tecnologias, às crenças, ao modo de viver, às políticas públicas etc.

A saúde no sertão no Ceará está relacionada ao ambiente, permeada por mudanças que na contemporaneidade, experimenta profundas transformações que estão sendo intensificadas pelo fomento de novos empreendimentos como a geração de energia nuclear, a exemplo da mineração de fosfato e urânio no sertão de Santa

Quitéria que visa ao desenvolvimento econômico do Estado pautado nos interesses do capital e apoiado pelo ente estatal.

O desenvolvimento econômico é outro elemento central na leitura da saúde. A compreensão equivocada deste tipo de desenvolvimento econômico que tem sido buscado para o sertão, ensejando a melhoria da qualidade de vida fez-se presente, principalmente nas últimas décadas, como ferramenta estatal para desenvolver o sertão (PESSOA, 2010).

As comunidades apontaram como relatei acima **o que ameaça e promove a vida nos territórios** rurais/camponeses de Tauá, por exemplo, explicitando claramente uma demanda ao Estado de políticas públicas de saneamento, comunicação, transporte, lazer, agricultura, educação, saúde, dentre outros aspectos. Esta demanda comunitária tem como resposta do Estado, na maioria das vezes com um empreendimento. Dentre os empreendimentos no Ceará, por exemplo, tem o fomento ao agronegócio, com a implantação de empresas de produção agrícola, como tem acontecido no vale do Jaguaribe, ou uma usina nuclear, como a mineração de urânio em Santa Quitéria como forma de responder às demandas comunitárias.

As políticas sociais para as comunidades, como por exemplo, abertura das estradas são reorientadas na perspectiva de gerar condições para o empreendimento se instalar, e, estas demandas são utilizadas para convencer/manipular as comunidades para visualizar este desenvolvimento como essencial à sobrevivência das populações rurais/camponesas.

Destacar que as populações não citaram a palavra **emprego, mas sim terra para trabalhar** é deveras importante. Neste sentido a implantação do empreendimento se apropria da terra, como pode ser visto na figura 15, e cria a necessidade do emprego assalariado camponês. Tem-se, portanto, por um lado o Estado, que associa a implantação da política pública, das políticas sociais aos interesses econômicos dos empreendimentos em detrimento dos interesses comunitários. E, por outro lado, o capital com suas estratégias de territorializar e desterritorializar as populações rurais/camponesas. Nestes processos comumente acontece um domínio e uma exploração do território demarcando terras, modificando o acesso das populações a determinados bens comunitários, como, por exemplo, acesso a açudes, lagoas, entre outros.

Figura 15: Fotografia do sertão onde serão explorados urânio e fosfato já com placa proibitiva da caça e da pesca.



Fonte: Fotografia cedida por Ana Cláudia de Araújo Teixeira.

Com efeito, o tema do desenvolvimento econômico é uma questão central e como este tem se dado no contexto cearense, também. Rigotto (2004) tem estudo este tema estabelecendo relações e conexões deste com a saúde em populações rurais/camponesas. A autora afirma que:

Desde os anos 60, o incentivo à industrialização tem sido uma vertente importante dos Planos de Governo no Ceará. Mais uma vez, a indústria é colocada como caminho para o desenvolvimento, justificada aqui pela necessidade de geração de emprego e também por ser atividade menos vulnerável aos limites impostos pelo semiárido (2004, p. 205).

As implicações territoriais, ambientais, culturais e econômicas deste processo desenvolvimentista são diversas e impactantes em comunidades indígenas, rurais/camponesas, quilombolas e litorâneas, que não se utilizam dos produtos e meios destes processos produtivos no seu modo de vida. Mas, que tem alterado o seu modo de vida nessa conformação.

Cabe, portanto, indagar ao setor saúde e mais especialmente a ESF: como responder as novas necessidades de saúde que são produzidas a partir destes processos? O que fazer para proteger a saúde das populações rurais frente ao desenvolvimentismo que produz doença e não saúde?

Apontam-se diversas crises desse modelo de desenvolvimento capitalista de forma global, que repercute em todas as formações econômico-sociais, com impacto sobre a vida humana e conseqüentemente a saúde, como também ao ambiente.

O modelo de desenvolvimento atual condiciona as relações sociais e econômicas, acentuando os riscos para a saúde e o ambiente, gerando um processo de intensa degradação ambiental, o qual tem conseqüências diretas sobre as condições de saúde das populações e a qualidade da vida (AUGUSTO; MOISES, 2009).

Em relação ao Brasil com sua extraordinária biodiversidade e enorme potencial instalado para desenvolver ações integradas em relação à questão ambiental pouco têm sido os avanços. Augusto e Moises (2009) e Pessoa (2010) destacam que, do ponto de vista programático, esta discussão ainda não é priorizada conforme a necessidade atual do País, e inferem que a forma de atuação do Estado demonstra processos contraditórios, opondo políticas públicas entre si.

Os autores aprofundam a discussão sobre desenvolvimento sinalizando que é preciso reconhecer as necessidades de mudança deste modelo de desenvolvimento das sociedades atuais com o compromisso de proteger os ambientes e a saúde das populações (AUGUSTO; MOISES, 2009).

O Ceará tende a reproduzir em suas políticas de governo o modelo federal. O que se observa, nestas décadas, em que muito se fez e muito se destruiu nessa busca incansável por este desenvolvimento, há ainda muito que avançar em relação à compreensão do ambiente e do trabalho na determinação social da saúde das comunidades camponesas, litorâneas, serranas, indígenas no Ceará e no Brasil por parte da saúde coletiva e da ESF (PESSOA, 2010).

Um caminho já reconhecido para avançar no enfrentamento dos problemas concretos é a atuação intersetorial e a participação social nas políticas públicas. Alguns problemas vividos no âmbito do Estado e municípios cearenses em decorrência do desenvolvimento econômico pautado na lógica do crescimentismo

são: aumento da demanda de serviços e equipamentos sociais, principalmente do setor saúde; demandas decorrentes dos fluxos migratórios; dificuldades das famílias que sofreram danos materiais e emocionais com os processos de desapropriações e fragilidade do controle social (PESSOA, 2010).

A compreensão e percepção do bem-estar coletivo, que não está concretizado para muitos cearenses sertanejos das comunidades rurais, de forma universal e igualitária precisa ser alcançada. Isto requer luta e estruturação de políticas econômicas que permitam a bordadeira, a rendeira, o pescador, o agricultor, o lavrador, viverem dignamente do seu trabalho com acesso a políticas sociais básicas (PESSOA, 2010).

Santos (2015) reforça a necessidade de **lutar contra o que ele denomina de fascismo desenvolvimentista**, afirmando que esta luta tem uma forte dimensão civilizatória, o que implica, entre outras coisas, novas gerações de direitos fundamentais tais como: **o direito à terra como condição de vida digna e, portanto, um direito muito para além do direito à reforma agrária; o direito à água; os direitos da natureza; o direito à soberania alimentar; o direito à diversidade cultural; o direito à saúde coletiva** (SANTOS, 2015).

É necessário, portanto, fortalecer a luta civilizatória no campo da saúde, incorporar no paradigma hegemônico, de maneira mais rigorosa, toda a complexidade da realidade e as relações de produção-propriedade e de poder, como condições objetivas da materialidade social que determinam a saúde (BREILH, 2006).

O autor também pontua a importância de entender melhor a subjetividade social como chave para fortalecer o sujeito da ação, integrando forças e culturas contra hegemônicas e construindo um poder simbólico alternativo, sem o que é impossível sustentar um avanço realmente emancipador (BREILH, 2006). Acredito que a superação das iniquidades em saúde pode se dar articulada a um contexto de rupturas com o epistemicídio abordado por Boaventura.

Santos (2010) afirma que, nos últimos cinco séculos tem decorrido **um epistemicídio maciço**, resultando em um desperdício de uma riqueza imensa de **experiências cognitivas**. Estas experiências cognitivas, embebidas em diferentes culturas ocidentais e não ocidentais, não só usam linguagens diferentes, mas também distintas categorias, diferentes universos simbólicos e aspirações a uma vida melhor (SANTOS, 2010).

Coloco-me nesta perspectiva de apresentar uma experiência cognitiva com comprometimento político, que colabora com a discussão epistemológica na saúde. A política e a determinação social da saúde são dimensões indissociáveis da prática e do saber humanos. Sendo a política um componente essencial da determinação dos indivíduos em geral e também da determinação social da saúde (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010). Considerando o exposto reforçam que “[...] o conhecimento tácito e explícito, popular ou científico, e a militância técnica no campo da determinação social da saúde podem ter impacto real significativo sobre as práticas políticas” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.37).

Percebo, como essencial, portanto, a junção da arte com a ciência numa linguagem distinta e diferente, que aceita o diálogo entre o repentista, o cordelista, o poeta, o músico, o agricultor e o cientista, entre a enfermeira e a sertaneja, como sujeitos que podem e devem produzir um conhecimento que induza à ação.

Trago este panorama, reconhecendo-me como sujeito-aprendente de novas possibilidades da produção de um texto que une os saberes aprendidos na convivência no sertão com os saberes oriundos da formação técnica na saúde, com o saber experiencial na ESF, ou seja, a prática humana de cuidado em saúde, sincrética e interdisciplinar.

Após esta breve apresentação do contexto do semiárido e as implicações e as relações deste bioma com a saúde humana, descrevo a seguir como os significados da experiência de atuar na ESF foram tecidas neste sertão.

Seção 2: As raízes crianceiras sertanejas e a experiência de cuidar na estratégia saúde da família a partir das memórias dos tempos idos.

Lamento sertanejo

Por ser de lá do Sertão,
 lá do Cerrado
 Lá do interior do mato
 Da Caatinga do roçado.
 Eu quase não saio
 Eu quase não tenho amigos
 Eu quase que não consigo
 Ficar na cidade sem viver contrariado.
 Por ser de lá
 Na certa por isso mesmo

Não gosto de cama mole
Não sei comer sem torresmo.
Eu quase não falo
Eu quase não sei de nada
Sou como rês desgarrada
Nessa multidão boiada caminhando a esmo.

Gilberto Gil e Dominginhos

Abordar a saúde humana e as práticas de saúde, na minha experiência não pode ser separada da minha identidade de sertaneja. Como na letra da música de Gilberto Gil e Dominginhos quando diz: “Na certa por isso mesmo” “Por ser de lá do sertão”, “Lá do interior do mato”, “Da caatinga do roçado”, na certa, por tudo isso, eu escolhi atuar na ESF nas comunidades rurais/camponesas.

E como “sou como rês desgarrada nessa multidão boiada”, mas não desejo caminhar a esmo na prática científica, é que, percebo que há escolhas a serem feitas pelo cientista. Escolhi, portanto, a ecologia de saberes como epistemologia utópica para expressar textualmente o meu processo de trabalho na pesquisa social em saúde coletiva e na ESF.

Figura 16: Fotografia da caatinga cearense no período da seca. 2014.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Na trajetória humana, a meu ver, um tema que permeia a história de vida é a – *saúde* – ao pensar, formular, experimentar e vivenciar a vida – estou relacionando o modo de agir com formas, mecanismos, pressupostos, crenças que dão os matizes e cores ao processo que se deflagra com o nascimento, com o adoecimento, com a morte – em síntese, com a vida. Esse ciclo vital que se inter-relaciona faz parte do cotidiano de indivíduos, famílias, populações e grupos sociais de distintas formas. Diversas são as dimensões que tecem o modo de vida, desde o particular/singular ao geral/inespecífico passando pelo local/global.

Trabalhar na ESF foi o mecanismo que me propiciou conhecer o processo saúde doença humano entrelaçado à intimidade do sertão e dos sertanejos e sertanejas cearenses. Fui a diversos lugares que poucos conhecem, que quase ninguém viu e descobri a alegria e os desafios de ser profissional de saúde no sertão.

Conheci gente, riacho, rio, estradas, árvores, flores, animais. Vi de perto como é viver no sertão no interior do mato, na serra, no serrote, no lugar sem estrada, na casa cercada. Aprendi palavras, crenças, práticas de saúde, e, sobretudo, aprendi a valorizar e reconhecer o “lugar de nascença”, como me diziam por vezes, como importante, na atuação em saúde no campo, ou saúde rural.

Hoje sou pesquisadora, ontem fui profissional de saúde e sempre serei sertaneja, filha de pais nascidos no semiárido cearense e apaixonados pelo campo. Meu pai, hoje com a doença intitulada mal de Alzheimer, ainda mora lá no interior do mato com um dos meus irmãos, mas jovem que eu. Minha mãe morreu de câncer, após 13 anos de luta contra a doença, no momento em que escrevia esta tese. Meu pai e mãe tinham menos de três anos de estudo, ou seja, estão entre os 16% de cearenses que não tiveram acesso à educação (IDB, 2012).

Sou também a irmã mais velha de uma família de dez irmãos, que viveu a sua primeira seca, no ano de 1983 e viu a fome, a morte de crianças, os ‘anjinhos’ e conheceu por meio da literatura e das músicas a história de luta, a resistência e a negação dos direitos sociais básicos no Ceará.

Esta convivência me propiciou conhecer e aprender diversas dimensões correlacionadas com a vida, tais como: o trabalho na agricultura e na pecuária; a convivência humana com a natureza, seja nas estiagens, seja na chuva, seja em contato com os animais domésticos, seja em contato com os insetos e outros ditos perigosos, como as cobras e os barbeiros; a percepção da ausência do Estado,

primeiramente, pela falta de acesso à escola e ao serviço de saúde; e a necessidade de conhecer mais sobre o modo de vida, as pessoas, os lugares, enfim conhecer o mundo um pouco mais... ir a outros lugares!

Esta convivência nascida em práticas simples, como plantar o feijão e o milho no período das chuvas. A observação dos ciclos da natureza se dava no passar lento das horas no sertão, e fazia parte do cotidiano da vida. A natureza sempre foi muito amada pelos meus pais, e com eles aprendi a amá-la; a observação da chuva, da água escorrendo pela terra, do som das águas, do mato nascendo..., a observação das noites estreladas do sertão, do lugar onde o sol nascia e onde se escondia no poente, das fases da lua e dos mistérios entre o céu e a terra; a escuta das histórias dos trabalhadores sobre os roçados - as brocas, as queimadas, os aceiros.

A escuta dos sons e a observação da natureza vem da infância no sertão. Era importante conhecer os animais, as plantas e saber viver por ali. Como Manoel de Barros, as minhas raízes cranceiras, de ter sido criança em algum lugar perdido no sertão contribuiu como uma base na atuação na saúde no campo, por meio da ESF.

Manoel por Manoel

*Cresci brincando no chão, entre formigas.
De uma infância livre e sem comparamentos.
Eu tinha mais comunhão com as coisas do que comparação.
Porque se a gente fala a partir de ser criança, a gente faz comunhão:
de um orvalho e sua aranha, de uma tarde e suas garças, de um pássaro e sua árvore.
Então eu trago das minhas raízes cranceiras a visão comungante e oblíqua das coisas.
Eu sei dizer sem pudor que o escuro me ilumina.
É um paradoxo que ajuda a poesia e que eu falo sem pudor.
Eu tenho que essa visão oblíqua vem de eu ter sido criança em algum lugar perdido onde havia
transfusão da natureza e comunhão com ela.
Era o menino e os bichinhos. Era o menino e o sol. O menino e o rio. Era o menino e as árvores.*

Trecho do Poema de Manoel de Barros.

Uma prática familiar de cuidar que me marcou profundamente foi: plantar o feijão logo após a chuva, capinar os matos, colher em meio ao sol, deitá-lo na rede e debulhá-lo na mão, noite adentro, secar ao sol e guardar em tambores... isto entremeado ao cheiro da terra roxa molhada e dos matos que arrancávamos com as enxadas; ao som da água dos açudes sangrando, dos pássaros, dos sapos; aliado ao medo das cobras; em meio ao sol que ardia na pele;

Esse processo era uma experiência que envolvia todo o corpo, a mente, as emoções o espírito no **ato de cuidar** para permitir a semente nascer, crescer, ser colhida... Este foi um aprendizado de cuidar que sempre fez parte das minhas práticas, que grita: envolva-se, esteja atento, sinta, toque, veja!

Outro lugar essencial de aprender a cuidar foi: a família. Éramos muitos irmãos, ao todo dez. Nestes tempos eram, um, dois, três, quatro e a mãe grávida, precisávamos cuidar uns dos outros: banhar, dar comida, orientar...

O sertão era, pois, um lugar de viver onde a casa estava sempre cheia, falava-se muito, trabalhava-se muito, contava-se anedotas – as histórias de Trancoso – e, uma pessoa por ali tinha uns livros e lia com seus óculos: este era meu pai.

Figura 17: Fotografia de roda de conversa familiar sob a sombra da cajarana. Guaribas, Catunda/Ceará, 2011.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Nasceram nestes tempos os meus maiores aprendizados: gosto pela natureza, gosto pela leitura, gosto pelas pessoas que alegravam a vida e destas interações resultaram as minhas curiosidades e a busca de aprender! Então, a partir disso comecei as minhas buscas pelos livros. Eu descobri neles, palavras nunca ouvidas, frases nunca ditas pela gente dali, mas que tinham tudo a ver conosco. E daí fui para escola, com oito anos, um lugar em que eu chegava depois de andar dois quilômetros sob o sol quente... nunca mais deixei de estudar!

Este sertão foi o lugar, à época no distrito de Catunda no município de Santa Quitéria, onde aprendi que a Natureza era grandiosa! Na figura 18, a fotografia da casa, em tempos de chuva, onde nasceram as minhas primeiras histórias e experiências de doenças e saúde.

Figura 18: Fotografia do lugar dos meus pais, no sertão das Guaribas, Catunda/Ceará.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Os tempos de infância que fiz referência acima foram vividos na década de 1980 e minha inserção no Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu no ano de 1999. O PSF foi criado em 1994 e passou a ser tratado, no discurso governamental como a *estratégia de reorientação dos modelos de atenção* vigentes no Brasil articulada ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios brasileiros (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

No processo de implantação do PSF, este deixou, paulatinamente, de ser um *programa* que operacionalizava uma política de focalização da ABS em

populações excluídas do consumo de serviços para ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Ou seja, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da ABS, e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 298).

A ESF implementada no SUS pode ser entendida como uma articulação de elementos provindos de vários movimentos ideológicos apresentando, em sua trajetória institucional, a incorporação de noções e elaboração de diretrizes operacionais que enfatizam diversas dimensões do processo de mudança do modelo de atenção (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

A ABS, por sua vez, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A ABS tem com o objetivo a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Para o desenvolvimento da ABS recomenda-se

É desenvolvida por meio do **exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas**, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza **tecnologias de cuidado complexas** e variadas que devem auxiliar no **manejo das demandas e necessidades de saúde** de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p.19).

Aquino *et al.* (2014) destacam que a ESF, constituiu-se nas últimas décadas, na maior reforma nacional de reorganização da APS no Brasil. Para estas autoras, a ESF evoluiu com acelerada cobertura em todas as regiões e estados e sustentada por um conjunto de iniciativas governamentais. Porém, as autoras reconhecem que ainda é um desafio a consolidação das diretrizes da ESF nos diversos contextos estaduais e municipais onde está implantada, havendo uma diversidade de modelos de implementação com conseqüente variabilidade de seus efeitos.

A ESF constitui uma intervenção que apresenta várias inovações do ponto de vista organizacional, tais como: a abordagem territorial, o trabalho em equipes multiprofissionais e articulação das ações de promoção, prevenção e cuidado (AQUINO *et al.*, 2014). É concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, conjugando mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle, ao mesmo tempo articulando ações de vigilância epidemiológica e sanitária e estimulando a implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Trabalhei na ESF, em comunidades rurais, nos municípios de Arneiroz, Assaré, Campos Sales e Sobral no Ceará. O Estado tem uma população estimada, em 2013, de 8.778.576 habitantes, com uma densidade demográfica de 56,76 hab/km² (IBGE, 2013). Da população total residente no Estado, **2.105.824** pessoas moram no que se denomina rural, conforme o IBGE (2013). Destas pessoas, **1.088.250** são homens e **1.017.574** são mulheres que estão distribuídas nas comunidades rurais dos 184 municípios do Estado.

Esta população rural/camponês foram, nos municípios, onde atuei os sujeitos das minhas ações de saúde pública. Caracterizá-las, para mim tem mais sentido, do que registrar ou afirmar a sua existência. Os dados do IBGE (2010) referem que do total de pessoas, residentes nas comunidades rurais, com mais de 10 anos com atividades e ou ocupadas no seu trabalho principal correspondeu a **1.137.533** pessoas.

As atividades e ou ocupações são na agropecuária, na floresta, na caça, na pesca, na agricultura, na pecuária, na aquicultura e nas indústrias extrativas, conforme observado na figura a seguir:

Figura 19: Quadro com as atividades desenvolvidas, por pessoas com mais de 10 anos, como trabalho principal, residentes em comunidades rurais do Ceará, em 2010.

Trabalho principal	Total de pessoas trabalhadoras
Trabalhadores qualificados da agropecuária, florestais, da caça e da pesca	440.686
Trabalhadores da Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	689.912
Trabalhadores das Indústrias extrativas	6.935

Total de pessoas trabalhadoras	1.137.533
---------------------------------------	------------------

Fonte: IBGE, 2010.

Informações como estas demonstram que as pessoas trabalham e vivem no campo. E que há uma economia que circula e possibilita a sobrevivência no sertão. Atuar, portanto na saúde no campo, na ESF há que se considerar o território rural/sertão e o modo de vida; também é essencial reconhecer o tipo de trabalho que existe e identificar que este tem relação direta com o processo saúde-doença e com um modo de vida sertanejo/camponês e com a economia do Estado.

A Saúde humana, portanto, também é fruto desse processo histórico de convivência com o semiárido, é um tema complexo, que envolve necessariamente uma reflexão ampliada sobre diversos processos históricos e sociais vividos no Ceará, na região Nordeste e no Brasil.

Nesta perspectiva é preciso romper com uma visão preconceituosa de pobreza, e, ter a clareza de que o Brasil não é um país pobre, mas um país injusto e desigual, com elevada concentração de renda, além de iniquidades econômicas e sociais (COTTA, 2007). Ou seja, reconhecer que a ausência de políticas econômicas sociais que dialoguem com as necessidades de saúde no sertão cearense, por exemplo, relaciona-se com a falta de prioridade política, que produz iniquidades em saúde.

As iniquidades relacionam-se com a garantia de mão de obra barata a ser exportada para as demais regiões brasileiras, principalmente, a região sudeste para subsidiar o grande capital, o que ocorreu durante um longo período histórico; a completa ausência do Estado no que concerne às políticas sociais, para as populações rurais/camponesas/sertanejas, tais como: a falta de acesso à saúde, à educação, ao transporte, a falta de acesso a água para beber e trabalhar, a falta de acesso à terra.

Este processo está organizado, a partir de uma visão de mundo, que considerada esta população sobrevivente de lutas históricas, rechaçadas com alta pressão e força de polícia por parte do Estado, como: sub-humana. Estes são alguns elementos da produção de iniquidade em saúde nos contextos rurais, que tem um entrelaçamento com uma política de coronelismo, autoritarismo e desenvolvimentismo vivido no Ceará.

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) reconhecem que a organização social do trabalho e a distribuição da riqueza na sociedade, o fornecimento e o acesso a bens e serviços públicos, a distribuição de poder e de reconhecimento em uma cultura são temas políticos centrais. Citam que a *política* como algo restrito ao poder de estado, adotando a perspectiva de Marx, e, também a política difundida em todo o corpo social como o faz Foucault (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Na análise destes autores, a determinação social da saúde aproxima-se do dimensionamento marxiano da política, localizando-a na arena de decisão pública. Neste sentido, a “[...] política como a dimensão da decisão pública, ou seja: os fóruns e mecanismos de decisão (incluindo a deliberação) pública instrumentalizada, isto é, capaz de se fazer cumprir” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.46).

Então, quando abordo o tema da saúde humana, o faço nesta perspectiva política, histórica e cabe ao Estado uma diversidade de requisitos na manutenção do *status quo*. Saliento, contudo, que o Ceará foi pioneiro na implantação da ESF, que é o braço do Estado, por meio das políticas sociais chegando às comunidades rurais/sertanejas.

Destaco, porém, que a forma de implantação do PSF nem sempre pode ser conforme a recomendação dos princípios do SUS: acessibilidade, equidade, integralidade e universalidade. Nos municípios onde trabalhei, a exemplo de Arneiroz, Assaré e Campos Sales a implantação não correspondia às recomendações das Portarias ou das Normas Operacionais Básicas, pois era muito difícil contratar profissionais médicos e enfermeiros para as áreas rurais, principalmente as mais distantes da sede do município.

Então, os secretários de saúde contratavam os profissionais para comporem as equipes de saúde, *desconsiderando* a equidade e a acessibilidade, porque estavam submetidos à oferta de profissionais que desejassem atuar em áreas rurais.

Este processo contribuía para que as áreas que mais necessitavam do serviço de saúde fossem contempladas por último, pois não havia incentivo nem interesse em trabalhar nas áreas rurais. Foi desta forma, que eu fui chegando a cada um destes municípios, indo para os lugarejos onde não tinha gente interessada em ir.

A contratação das enfermeiras, ou era por indicação política, ou a necessidade/obrigatoriedade de implantação de uma equipe saúde da família, sem ter gente “indicada” para colocar no cargo, o que possibilitava o ingresso de outros profissionais, tais como eu. Como eu não tinha indicação política, fui percorrendo este caminho, de ir aonde precisavam do meu trabalho, onde eu era útil e, portanto, me sentia na responsabilidade de fazer a diferença na vida das pessoas. Considero que esses dois aspectos foram muito importantes na minha atuação na APS:

- a) não ter indicação política; e
- b) atuar em áreas consideradas de maior risco sanitário.

Destaco que nestes municípios pequenos havia alta interferência político-partidária. Portanto não ter um aprisionamento político, por que eu nem era da região, e não ter nenhum vínculo empregatício, mas apenas um contrato de prestação de serviços, que era renovado a cada três meses me propiciou, por outro lado liberdade de expressão.

Ora, me contratavam para áreas onde a situação de saúde era a mais precária, ou seja, as áreas de maior risco, distantes do perímetro urbano, e eu buscava atuar de forma comprometida com a comunidade o que possibilitava a geração de muitos resultados práticos.

Em decorrência do exposto, eu podia cobrar das secretarias municipais de saúde dos municípios, o cumprimento dos seus deveres na garantia dos direitos dos usuários, tanto porque eu não estava submetida à política partidária local, como também, porque estava na área, que obrigatoriamente, correspondia aos pressupostos do SUS e da APS para implantação da ESF e porque eu tinha conhecimento teórico a partir das minhas leituras solitárias.

Iniciei o trabalho na ESF no sertão dos Inhamuns, na região mais pobre do Estado no município de Arneiroz-Ceará. Assumi as atividades de enfermeira no PSF no distrito do Planalto (comunidades rurais) e na sede do município.

As estradas que davam acesso ao município eram sem pavimentação e para chegar às localidades rurais ainda era mais difícil. O acesso ao município naquele

tempo era por uma estrada de terra e havia um ônibus, proveniente de Tauá, que passava pela manhã em Arneiroz seguindo até o Crato e retornava no fim da tarde seguindo novamente até Tauá. Havia uma precária infraestrutura de transporte coletivo. E, como fui descobrindo ao longo dos meses, tudo era escasso por aquelas terras!

A paisagem que se apresentava era um tabuleiro com uma vegetação rala, escura e seca. A terra era branca e o sol bem quente que desnudava, de vez em quando, nas margens das estradas de terra, uma rês morta de sede ou de fome, ou de ambas as causas.

Essa paisagem que eu via diariamente me trazia muitas reflexões sobre o ambiente, a saúde, a fome, e principalmente, de como eu deveria atuar como profissional de saúde, como enfermeira da ESF para minimizar os problemas, melhorar e ou transformar as condições de vida, que de forma tão cruel ceifavam vidas por ali!

Após algumas horas pelo caminho, abrindo cancelas e contemplando o sertão, chegávamos às casas para fazer as visitas domiciliares, onde tomávamos água barrenta e um pouco salobra, direto do pote, sem nenhum tratamento, pois o cloro distribuído pelos agentes comunitários de saúde (ACS) era sempre insuficiente! A água de abastecimento domiciliar era escassa como muitas outras coisas por ali.

1. 1 Alguns aspectos do processo de trabalho e das práticas de cuidado na Estratégia Saúde da Família.

Acredito que é possível reconhecer o ser humano como parte da terra, como parte da natureza e que é possível estabelecer uma relação ética e solidária com todos os seres. Utilizar a ciência, a política a serviço da vida, compreendendo que a saúde humana está entre as possibilidades de enquanto humanos termos condições de luta por liberdade, amor, paz, sabedoria, enfim construirmos uma sociedade de todos.

A figura 20 representa simbolicamente pela harmonia das cores e dos desenhos, uma convivência que se na pauta cooperação, comunhão, na colaboração e na beleza da natureza. Esta figura me faz recordar as comunidades onde trabalhei – que elas possam gozar de vida e felicidade.

Figura 20: Desenho do planeta terra em convivência saudável sociedade/natureza.



Fonte: Disponível no google imagens.

Acredito na mudança, na transformação, no ser humano e que a ciência como resultante do pensamento humano pode mudar e se comprometer, se responsabilizar ética, política e socialmente pelos seus feitos, descobertas e invenções. Como muito bem dito na música “todo cambia” de Julio Numhauser e Mercedes Sosa.

Todo cambia

Cambia lo superficial
 Cambia también lo profundo
 Cambia el modo de pensar
 Cambia todo en este mundo
 Cambia el clima com los años
 Cambia el pastor surebaño
 Y así como todo cambia
 Que yo cambie no es extraño
 Cambia elmás fino brillante
 De mano en mano subrillo
 Cambia el nido el pajarillo
 Cambia el sentir un amante
 Cambia el rumbo el caminante
 Aún que esto le cause daño
 Y así como todo cambia
 Que yo cambie no es extraño
 Cambia, todo cambia
 Cambia, todo cambia
 Cambia, todo cambia
 Cambia, todo cambia
 Cambia, todo cambia

Cuando la noche subsiste
 Cambia la planta y se viste
 De verde en la primavera
 Cambia el pelaje la fiera
 Cambia el cabello el anciano
 Y así como todo cambia
 Que yo cambie no es extraño
 Pero no cambia mi amor
 Por más lejo que me encuentre
 Ni el recuerdo ni el dolor
 De mi pueblo y de mi gente
 Lo que cambió a yer
 Tendrá que cambiar mañana
 Así como cambio yo
 E nesta tierra lejana
 Cambia, todo cambia
 Cambia, todo cambia
 Cambia, todo cambia
 Cambia, todo cambia
 Pero no cambia mi amor

Acredito também que os serviços de saúde brasileiros estão em processos de mudança. E, apesar dos pesares, tenho a convicção de que a crítica traz foco e luz para desafios centrais às práticas de saúde na ESF. Esta é a perspectiva que adoto quando explico as contradições e desafios dos processos instituídos no âmbito da ESF.

Explicitarei de forma breve o vínculo com o sertão e o adentrar no trabalho, como enfermeira na ESF, no Ceará, nos tempos de 1999 a 2004. A constituição de uma interpretação acerca da saúde humana, da determinação social da saúde se deu para mim, vendo-a, sentindo, assumindo-a nas minhas práticas de saúde.

Destaco a minha compreensão acerca da saúde coletiva, especialmente da atenção primária à saúde (APS), como uma oportunidade de exercitar a cidadania, proteger e promover a saúde, ou seja, a vida, embasada no reconhecimento de que sou parte integrante de um ecossistema, e, que nele, interagimos com as pessoas e com os demais seres que me possibilitam viver na terra.

As minhas experiências, vivências e estudos *sobre e na APS, no território local, nas comunidades, nas unidades de saúde da família*, foram o terreno fértil das minhas reflexões iniciais sobre como ser profissional de saúde no contexto vivido. Foi na APS onde pude me defrontar mais intensamente com os meus desafios, as minhas curiosidades, os meus dilemas, inquietações, conflitos, interesses, conquistas e sonhos, que foram importantes na minha caminhada como profissional de saúde e pesquisadora do SUS, como aprendiz e cidadã!

Situando-me como aprendiz, como pesquisadora e profissional de saúde apresento os acontecimentos relativos à *minha formação acadêmica* e o entrelaçamento com a *minha prática profissional* e também à vida, lembrando que as memórias narradas neste texto fazem parte de um compromisso ético com a vida humana.

Discuto alguns aspectos que devem ser considerados na busca de práticas emancipatórias na ESF, a partir deste entendimento, ou seja, do lugar de quem está nos territórios, trabalhando com questões complexas, contraditórias inerentes às necessidades de saúde humanas.

Estudiosos do modelo de atenção ESF afirmam que apesar da regulamentação da organização da assistência no SUS, por meio do Decreto presidencial nº 7.508/2011, que reafirma a ABS como coordenadora do cuidado, e da

expansão da cobertura dos serviços por meio da ESF, ainda: “não se pode afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato a mudança de conteúdo das práticas e da maneira de organização do processo de trabalho conforme está prevista nos documentos oficiais” (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 298).

Para estes autores, ainda que a ESF seja uma realidade nos municípios, ainda se mantém em sua posição hegemônica não só no âmbito do Sistema de Assistência Médico Supletiva (SAMS), como também no SUS o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista. Reforçam, portanto que é importante manter uma atualização permanente dos estudos e pesquisas sobre as políticas e as estratégias que vêm sendo implementadas, para discutir até que ponto:

[...] contribuem para a mudança e transformação da organização dos serviços, das práticas e dos processos de trabalho ou se contribuem para a manutenção da ênfase historicamente concedida à expansão assistência médico-hospitalar e ao desenvolvimento de campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária focalizadas sobre problemas prioritários de Saúde Pública (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 298).

Considerando o exposto, compreendo que o meu processo de trabalho na ESF, explicita esta contradição que se dá ainda hoje, e poderia ser também a minha forma de atuar nos tempos idos de 1999 a 2004. Ou seja, minhas práticas tenderiam a reproduzir um processo hegemônico que necessita de um tempo histórico e político para se transformar tanto nos micro espaços de poder como nas macro estruturas do Estado e da Sociedade.

Há muitos esforços e avanços alcançados, todavia a mudança operada na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde na visão de Carmem Teixeira e Vilasbôas apenas “arranha” a superfície do modelo hegemônico. Reconhecem que este aumento extraordinário na produção de serviços básicos é significativo, porém, o perfil da oferta de serviços tem reproduzido, em escala ampliada, o modelo médico, assistencial hospitalocêntrico (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Evidenciam-se dois aspectos essenciais analisando o perfil da oferta de serviços: a) atendimento a uma demanda reprimida historicamente em função da insuficiência do sistema público em relação: a *cobertura, acessibilidade, integração sistêmica e qualidade de atenção*; e b) *incipiência da atuação do sistema de saúde numa lógica de intervenção sobre determinantes, riscos e danos, que contribua para*

o cuidado à saúde, como também para a melhoria da qualidade de vida da população (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Admitindo a realidade exposta pelas autoras e com o intuito de colaborar nesta análise relato como foi o meu processo de trabalho na ESF, neste contexto, como sujeito que reflete o vivido e promove uma interpretação crítica sobre o **cuidado em saúde na ESF**. A minha reflexividade acerca das práticas de saúde considera as seguintes dimensões:

a) o imbricamento do modo de vida a uma visão de saúde, pautada na complexidade, aprendida na experiência; e

b) a atuação no processo saúde-doença numa perspectiva de identificar e atuar nas necessidades de saúde considerando o território (sertão rural) como o *locus* privilegiado das ações de saúde na APS;

Os processos de trabalho, os meios de trabalho, as tecnologias e as necessidades são conceitos que se articulam. Na visão de Paim e Almeida Filho (2014) daí que **as práticas de saúde se constituem como processo de trabalho que lançam mãos de trabalho e tecnologias para abordar as necessidades de saúde**.

Retomo o tema das necessidades de saúde brevemente, considerando que as intervenções em saúde realizadas nessas práticas, ao mesmo tempo em que atendem necessidades, criam outras, conforme explicitam Almeida Filho e Jairnilson Paim:

O desenvolvimento científico e tecnológico, de um lado, e os interesses econômicos e publicitários para a venda de equipamentos, medicamentos e outros insumos médicos-sanitários, de outro podem instaurar novas necessidades de produção de serviços ou bens (2014, p.35).

Reconhecem estes autores, que muitas necessidades de saúde podem ser satisfeitas pelo sistema de saúde, enquanto necessidades de serviços de saúde, enquanto outras tantas têm a ver com o modo de vida da sociedade e requerem a atuação de outros setores (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014).

Vale ressaltar que o entendimento das necessidades de saúde não se reduz a doenças, carências, riscos e sofrimentos nem se esgota na demanda, nas “necessidades sentidas”, nas “necessidades médicas”, nas “necessidades de serviços

de saúde”, conforme alertam Almeida Filho e Paim (2014). Destacam ainda que as necessidades de saúde.

Também não são redutíveis a problemas de saúde, pois podem envolver as condições necessárias para o gozo da saúde, como alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura, inclusive os determinantes socioambientais, exigindo ação intersetorial (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014, p.35).

Em relação às necessidades de serviços de saúde, na visão de Paim e Almeida-Filho (2014) são determinadas pela deterioração dos meios de vida (sofrimento) e pela incorporação de informações e conhecimento (saberes) acerca dos processos de reposição do consumo nos serviços de saúde.

Advertem que a redução das necessidades de saúde às necessidades de serviços de saúde, de um lado favorece a medicalização da sociedade e a valorização do capital, e do outro lado possibilita o atendimento em parte, do direito à saúde e o desenvolvimento de uma consciência sanitária crítica acerca da determinação social das necessidades e problemas de saúde, bem como a alienação que se processa nas sociedades capitalistas (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Estes autores acreditam que as tentativas de descrição e operacionalização das necessidades de saúde pelo sistema de saúde poderão auxiliar os sujeitos das práticas de saúde a requalificarem o seu trabalho (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p.38).

Schraiber e Mendes Gonçalves (1996), Paim e Almeida Filho (2014) reforçam **que a clínica e a epidemiologia, enquanto saberes são insuficientes para definir e identificar necessidades de saúde**. Para a identificação de necessidades de saúde estes autores defendem a contribuição das ciências humanas, da filosofia, e da arte. Estes saberes fornecem elementos para pensar uma teoria de necessidades em saúde, estimulando pensar “ideais de saúde” voltados para a qualidade de vida (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014).

Afirmam que o uso da noção de qualidade de vida nas políticas públicas representa uma oportunidade de discutir os modos de viver na sociedade e o papel do Estado. Esta noção de qualidade de vida possibilita indagar sobre condições e estilos de vida a que estão sujeitos os segmentos sociais, para além das questões biológicas, ecológicas e assistenciais (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014).

A utilização da qualidade de vida facilita um diálogo com as instituições que atuam nas áreas afins, que não podem ficar insuladas. Têm grande relevância neste contexto, as políticas públicas saudáveis e a ação intersetorial, que tomam a qualidade de vida, a partir de uma definição mais precisa, como referente central para a formulação de políticas econômicas e sociais (PAIM, 2009; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

Teixeira e Vilasbôas (2014) por sua vez, destacam que os profissionais do campo da Saúde Coletiva estão desafiados a refletir sobre os limites e as possibilidades das práticas de atenção à saúde que vem sendo realizadas no SUS, no sentido de refinarem sua capacidade de análise das necessidades e demandas em saúde, com vistas a contribuir na articulação das respostas sociais possíveis e necessárias no âmbito do sistema de saúde nos espaços sociais mais amplos.

Considerando os apontamentos dos autores citados me somo na busca de práticas emancipatórias na ESF, envolvendo os profissionais da saúde e comunidades usuárias dos serviços de saúde primários, com vistas a responder necessidades de saúde e não somente necessidade de serviços de saúde. Percebo que a abordagem territorial, que está imbricada com a intersetorialidade e a promoção da saúde não pode abster-se de discutir e propor ações concretas em resposta às necessidades de saúde.

Valorizo e reconheço que há, no modo de vida no sertão rural, diversos saberes e formas culturais de entender, gerar e promover a saúde. Há aspectos que foram aprendidos com antepassados, constituindo-se como uma dimensão inerente de viver e sobreviver no sertão rural, que tem um acesso limitado às políticas públicas. As comunidades e as pessoas estabelecem relações e práticas de cuidado que incorporam elementos do trabalho e da natureza como essencial para fortalecer as práticas emancipatórias. As pessoas utilizavam os chás de diversas espécies vegetais, por exemplo, com uma apropriação dos seus efeitos, e, muitas vezes, como o primeiro recurso terapêutico. Muitas vezes buscavam respostas aos seus problemas de saúde no contexto da família e da comunidade, como uma primeira ação de cuidado em saúde.

Reconhecer os saberes e as práticas de saúde existentes auxiliam o profissional de saúde a tecer rumos para a sua intervenção, considerando a amplitude de possibilidades de cuidar. Acredito que a história de como se constituiu o

conhecimento sobre saúde e suas práticas de cuidado, desde a medicina grega, com os famosos escritos de Hipócrates 'Ares, Águas e Lugares', até a vivência no mundo ocidental de práticas no SUS brasileiro passou por processos diversos e singulares, que hoje estão marcados por uma hegemonia: positivista, do médico, da doença, de autoritarismo e do intervencionismo. E que para atuar noutra perspectiva é extremamente desafiante a ESF.

É fundamental destacar que fortalecer a autonomia em prol da emancipação humana é cada vez mais necessário ao ato de cuidar em saúde. Para tal, se requer uma ação conjunta, colaborativa, participativa, articulada, intersetorial, transectorial com corresponsabilidade de ambos – sujeito - profissionais da saúde e usuários dos serviços de saúde.

Na ABS não há um sujeito-paciente-doente, e sim, um cidadão com necessidades de saúde, que reconhece as alterações que interferem na sua ação social, sem, contudo, extrair-lhe o direito humano de pensar, questionar, refletir. Este sujeito reivindica o seu *status* na ABS, ou seja, neste ponto de atenção, onde é o orientador das práticas e necessidades que precisam ser operacionalizadas em um território-comunidade.

Argumentam alguns autores que a hegemonia nas práticas de saúde, na orientação individual a uma pessoa, torna-se mais complexa do que as regras de aplicação. Reconhecem os mesmos autores que submeter alguém a um procedimento médico não diz respeito apenas à execução de uma técnica, mas também à produção de expectativas e sentidos. Reforçam, neste sentido, que as práticas de saúde que buscam aprimorar os aspectos comunicativos do cuidado podem ser postas sob a rubrica da tecnologia, mas apresentam algo além da técnica propriamente dita (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Neste sentido, abordar o processo de trabalho na ESF está em latência com todas estas advertências. A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), publicada em 2012, pelo Ministério da Saúde, reúne em um documento as legislações que sugerem as diretrizes, os princípios, os conceitos, as orientações operacionais da ABS/ESF.

Destaco, conforme estão descritas na política, as características do processo de trabalho das equipes de ABS:

- I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;
- III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;
- VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;
- IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;
- X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e
- XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2012, p. 40).

Trouxe estes aspectos do processo de trabalho na ABS/ESF como um guia do que está se imaginando ser a competência de todos os integrantes da equipe saúde da família. Destaco que atuei no cenário do sertão com o intuito de realizar ações de promoção da saúde, de educação em saúde e de planejamento participativo, considerando sempre estas ações, como um processo desafiante e complexo no cuidado em saúde para uma enfermeira nos seus primeiros anos de atuação profissional.

Eu via os cenários da minha prática e refletia estes conceitos, e tentava identificar as possibilidades de pôr em prática. Dentre as interrogações estavam: o que será 'empoderar' a comunidade? De onde devo começar? Neste meu cotidiano de atuação na ESF nasciam as perguntas e as dúvidas, o medo e a insegurança.

Buscava na literatura científica respostas de como devia agir, e, quase tudo o que eu encontrava restringia-se a pesquisas diagnósticas, apontando os problemas e as lacunas dos serviços. Encontrava também, as normas e as portarias que recomendavam o que deveria ser feito, e, muito, raramente diziam 'o como fazer'.

Esta era a minha questão central e não havia respostas prontas, então fui descobrindo a teoria, ressignificando à luz dos contextos e criando meu modo de agir, sem guias.

É nesta perspectiva que descrevo alguns fragmentos da memória nas páginas que seguem sobre o processo de trabalho na ESF: competências necessárias x habilidades para desempenhar a função a partir da experiência. Reflito sobre algumas atividades, como: *a visita domiciliar e os registros das informações; Educação em saúde e participação comunitária na ESF; Coordenação e a educação permanente da Equipe Saúde da Família; Articulação com a Gestão local do SUS; A necessidade de atuar em outros territórios como busca de novos aprendizados; Consulta de enfermagem;*

Sucintamente discorro aprendizagens decorrentes de encontros com crianças, mulheres, homens, idosos e adolescentes. Foram encontros nas visitas domiciliares, no consultório, na unidade de saúde, na comunidade, nos grupos e nas ruas. Nestas andanças conheci pessoas doentes e saudáveis, acamados, aprisionados, espancados e me esforcei para amenizar seus sofrimentos. Como também trago estes aspectos do processo de trabalho na ESF no intuito de gerar uma reflexão crítica do que é possível e necessário em termos de práticas de saúde.

a) *Visita domiciliar e os registros das informações.*

Eu destaco as ações de visita domiciliar como as mais ricas oportunidades de aprendizado na minha vida profissional. Diversas vezes, adentrei os casebres de taipa, sentava no chão, pegava no colo uma criança de três dias de vida - desnutrida,

sem fralda, sem cueiro! A mãe sem ter o que comer o fogão apagado, sem leite no peito.

Figura 21: Fotografia de moradias, sendo duas casas de barro e duas de tijolos, Aracatiáçu/Sobral/Ceará, 2003.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Eu examinava a criança e a casa, conversava com a mãe sobre seus outros filhos, afazeres, sobre este filho, sobre o serviço de saúde... Nestas horas eu me questionava: o que eu devo orientar? Como eu devo falar? Para que eu devo falar?

Essas eram questões que sempre me acompanhavam, cada vez que eu visitava as Marias, as Terezinhas, as Luíças, as Joanas e tantas outras, que tinham que dormir com seus bebês, porque não tinham outra rede. O fogão estava quase sempre apagado, porque naquele dia não tinham o que comer, ou com uma pequena porção de feijão para todos! Havia um pote no chão, com um prato cobrindo e uma caneca de alumínio ou de plástico para todos beberem. Não havia móveis, nem cadeira para sentar, às vezes, raramente, havia um pequeno banco de madeira do lado de fora da casa. O homem raramente estava em casa.

Eu não tinha como fazer as anotações referentes à visita domiciliar, porque eu não tinha uma prancheta com papel e ainda não havia prontuário familiar. Não havia nenhuma forma de registro do que eu vira ali, do que eu dissera, observara e minha memória tinha dificuldades de guardar tantos dados e informações sobre tantas pessoas e lugares. Eu me perguntava: o que eu posso fazer diante de tamanha exclusão?

Lembro-me, que muitas vezes, eu preparei discursos/falas, e na hora, eu as esquecia e iniciava parabenizando por estarem sobrevivendo e pelo nascimento desta criança. Eu perguntava para elas, se conseguiriam ajudar os seus filhos sobreviverem. Elas me respondiam que sim, e então, começávamos a descobrir e planejar, combinar formas para fazer isto acontecer.

Percebo que o meu processo de trabalho no PSF foi sendo tecido por mim, uma profissional de 22 anos, despreparada e o povo desassistido pelo serviço de saúde. Ambos, sequiosos de uma política de saúde que se traduzisse em melhoria concreta da vida das pessoas.

Por diversas vezes me vi numa visita domiciliar sem saber se eu era necessária, até me transformar parte do contexto da família. Via-me sem saber o que dizer, até calar e, simplesmente, ouvir. Sem saber por onde começar, até compreender um pouco daquela família: sua religiosidade, cultura, valores, crenças, práticas de cuidado com a saúde, modo e estilo de vida próprio, e também, seus sentimentos em relação à doença, a dor, a miséria, e até mesmo, o que pensavam de nós, profissionais de saúde

Foram sempre mágicos os momentos das visitas domiciliares, porque me permitiam, juntamente com as pessoas, descobrir novas coisas, enfrentar os medos... Não foi fácil entrar e participar da vida das pessoas, apesar do acolhimento destas. Na minha percepção, um elemento fundamental da minha prática foi a disponibilidade de estar naquele ambiente, naquele mundo particular e aprender nele, tanto quanto aprendia nos livros.

Figura 22: Fotografia registrando encontro com parteira tradicional. Tauá/Ceará, 2014.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Implantei o prontuário familiar, por meio da realização de visita domiciliar em três municípios onde atuei: Arneiroz, Assaré e Campos Sales. Em Sobral já havia implantado, contudo não era utilizado, então tivemos que, como equipe atualizar, organizar e utilizá-lo. O prontuário familiar da época era extremamente simples: preenchia uma ficha geral de atendimento para cada indivíduo e uma ficha de cadastro da família e acompanhava a família, anexando suas informações socio sanitários. Para cada família criei um prontuário, que era um envelope ou pasta, que na capa havia todas as informações sobre: moradia, renda, acesso água, esgotamento sanitário e uma classificação de risco conforme o que eu analisava na visita e neste registrava as observações e as condutas terapêuticas.

Eu reivindicava junto aos gestores do SUS a disponibilização de medicamentos, insumos, material de escritório, equipamentos, embasada em cadastro/dados reais, pois eu havia implantando os prontuários familiares e vários outros livros de registros, e a partir destes registros de informações básicas enumerava os consolidados de informações por comunidades e por grupos, garantindo um eficiente sistema de geração de informação para tomada de decisão.

Outro aspecto que considero importante é que as visitas domiciliares possibilitavam estar no território, em contato com o ambiente, com a natureza, com o

mundo. A visita domiciliar possibilitava sair dos muros da UBS com suas paredes brancas e enxergar o colorido da vida, num exercício continuado de conhecer o território, ou seja, uma territorialização viva.

Percorrer o território, ir a todas as comunidades era, pois muito mais significativo do que ficar na UBS. Em poucos meses eu conhecia a área de abrangência de forma ampla, mais que todos da equipe, pois os médicos não iam a todas as visitas, e, os ACS conheciam bem o seu território. Eu me apropriava de uma dimensão diferente mais ampla, que facilitava análises e propostas de ações.

Figura 23: Fotografia registrando a casa visitada, a beleza e isolamento do lugar. Assaré, 2010.



F

FFonte: Acervo da pesquisadora.

Preferia ir às casas, atender as pessoas, vacinar as crianças, conversar nos lugares onde residiam. Gostava de ver como as mães arrumavam suas crianças, como se fosse à missa de domingo no dia que ia vaciná-las. Havia muitas expressões de um povo: havia mães responsáveis, cuidadosas, amorosas com seus filhos. Algumas questões de higiene estavam relacionadas a outras coisas, e fui identificando isto nos domicílios. Conversava muito, explicava-lhes, demonstrava os procedimentos. A vacinação tornava-se uma festa, havia choros e alegrias. E, era, não só uma ação de imunização, eram trocas humanas sobre *cuidar de si e do outro*.

Figura 24: Fotografia de vacinação infantil em domicílio em comunidade rural. Assaré, 2000.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Então, arrumar caixas de medicamentos, formulários, isopor de vacinas, seringas, esfigmomanômetro, estetoscópio, entre outros itens e sair e 'organizar' o posto de saúde numa sala da casa de alguém, ou numa escola, ou simplesmente ir de casa em casa vacinando as crianças e os idosos era uma atividade muito significativa para mim

Este trabalho era importante, pois eu gostava de estar naquelas terras, com aquelas pessoas, tomar um cafezinho, de não ter uma rotina, de estar em movimento. O trabalho era diferente todo dia. Havia dias que, naquela comunidade, tinha de realizar consultas de pré-natal, hipertensos, outras vezes ficar na entrega do medicamento e orientando seu uso. O trabalho em saúde na ESF era estar com as pessoas, gerando possibilidades de melhorar a situação de saúde delas, este era o sentido que eu atribuía ao meu cotidiano.

b) Educação em saúde e participação comunitária na ESF.

Era fundamental que a comunidade participasse na organização do serviço de saúde, pois assim, podia assumir a responsabilidade de cobrar dos vereadores, do prefeito e do secretário de saúde a viabilização da ida da equipe até elas, pois havia comunidades, que distavam quatro horas de carro da sede do município.

Então íamos (eu, a médica e o motorista) a todas as comunidades. Pactuávamos com o ACS e a comunidade o dia do retorno do próximo mês, como também informávamos todas as ações que eram possíveis de serem realizadas descentralizadas e as ações que requereriam deslocamentos das pessoas até a unidade de saúde. Esta agenda compartilhada com um mês de antecedência, elaborada conjuntamente com as ACS e a comunidade local, propiciava que a comunidade e os ACS reivindicassem a ida da equipe até as comunidades rurais junto aos gestores do SUS.

As minhas ações educativas com as comunidades discutiam os porquês, pedia as soluções, as alternativas e aprendíamos conjuntamente nesta prática. Decidíamos o que deveria ser mudado, como deveria e, em poucos meses, transformávamos os indicadores de saúde. Na minha concepção era um processo de geração de consciência cidadã e empoderamento da comunidade. Estas ações garantiam a tessitura de vínculos efetivos com a comunidade.

As ações de educação em saúde com os grupos específicos de gestantes, idosos, mulheres em planejamento familiar, hipertensos, diabéticos sempre funcionaram sem dificuldades. As pessoas participavam, discutiam, perguntavam. Os recursos eram álbuns seriados, bonecos, os medicamentos, os contraceptivos etc. Podiam realizar todo tipo de perguntas secretas em caixinhas, ou perguntas abertas ao grupo. Pedia sempre alguém para responder, esclarecer, depois complementava as informações. Não tive dificuldades de mobilizar as pessoas para estas atividades, pois tinha os ACS que me auxiliavam muito. Além disso eu convidava avós, tias, enfim, na abordagem à família nas visitas sempre procurava identificar pessoas que podiam ajudar no cuidado em saúde e procurava envolver estas pessoas. As atividades educativas na rua eram mais difíceis com os adultos em geral, mas muito proveitosa com os jovens. Ao meu ver os jovens tinham mais adesão a estas atividades que eram relacionadas mais as questões ambientais.

As minhas ações educativas eram na praça, na igreja, na escola, na rua, na unidade básica de saúde, na casa das pessoas, como registrado na figura 25. Inventava estratégias para dialogar com as pessoas do território.

Figura 25: Fotografia de atividade educativa na praça central. Aracatiçu/Sobral/Ceará, 2003.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Nas minhas atividades de educação em saúde nas comunidades, nas residências, nas visitas domiciliares, no posto de saúde eu percebia as transformações que iam se dando no entendimento das pessoas sobre seu modo de vida e as implicações da desigualdade social no seu estado de saúde, no entanto era um processo muito lento. Então, eu me interrogava: que aprendizagem se faz necessária à minha prática de profissional da enfermagem que me possibilite transformar a realidade de saúde onde atuo?

E inventando estes mecanismos de diálogos, com base na realidade local, observando as práticas das outras equipes, que eram tão diferentes da minha eu me questionava: que formação eu preciso vivenciar, como enfermeira, os ACS, o médico para que se efetive a participação comunitária? No meu entendimento era necessário transitar do desconhecimento, passar a ter acesso a informação e gerar ações de

mudanças. Eu lia a participação e ação como conjugadas. Muitas vezes a informação já estava consolidada no grupo, mas não havia uma mudança nas ações. Nestas atividades fui percebendo que não se tratava só de ter acesso a informação em saúde para mudar práticas.

Estas ações de educação em saúde foram me ajudando a compreender que a participação comunitária no cuidado em saúde seja dos indivíduos, famílias, território necessitavam abordar questões estruturais e culturais, que era muito desafiante para os envolvidos.

Por outro lado, o reconhecimento dos gargalos existentes desde a produção até a divulgação das informações científicas é uma realidade ainda em tempos atuais, principalmente em áreas rurais. Os profissionais da saúde centram sua abordagem em ciência, portanto adotam uma forma de diálogo com a comunidade assentada na lógica do saber hegemônico, quase sempre ancorado na epidemiologia positivista.

Reconheço que esta abordagem precisa ser recriada numa perspectiva inteligível, com o trabalho de tradução que procura captar a relação entre as experiências e o que nestas está para além dessa relação como sugere Santos (2010). O autor refere-se à *tradução intercultural*, inclusive citando Gandhi e outras culturas como a africana. Neste sentido afirma o autor que:

O trabalho de tradução incide tanto sobre os saberes como sobre as práticas (e os seus agentes). A tradução entre saberes assume a forma de uma hermenêutica diatópica. Consiste no trabalho de interpretação entre duas ou mais culturas com vistas a identificar preocupações isomórficas entre elas e as diferentes respostas que fornecem para elas (SANTOS, 2010, p.124).

Rozemberg (2007), Freitas e Porto (2011), relatam que a transmissão linear, descontextualizada e fragmentada de conhecimentos, por vezes, promove efeitos perversos na comunidade. Esta falta de tradução pode contribuir para a não mobilização por parte da população, como também, pode-se, com base nessa transferência de informação, suscitar comportamentos equivocados por parte da comunidade, como reforçar uma tendência de se achar que nada pode ser feito e de se atribuir, por exemplo, um caráter aleatório à doença como fatalidade geograficamente determinada ou fenômeno acidental.

A implantação do conselho local de saúde para mim foi um dos maiores desafios em termos de participação comunitária. Foram meses de trabalho para

envolver e mobilizar as pessoas, porque elas consideravam que já estavam representadas pelos vereadores e, assim, diziam: se os vereadores não conseguem nada para nossa comunidade, imagine se nós vamos conseguir!

Era um processo tranquilo que as pessoas participassem de atividades educativas voltadas aos grupos específicos, contudo assumir este lugar instituído do conselho de saúde não era algo fácil. O conselho foi estruturado com muito esforço e pouco resultado na minha visão. Acompanhar este processo não foi possível para mim, pois a implantação já se deu próximo a saída do território, e não sei se o conselho conseguiu firmar-se e continuar funcionando.

Teci a minha atuação no PSF com compromisso com a comunidade, assumindo a responsabilidade sanitária e cidadã pelo território e pela população. Contudo não posso afirmar que utilizei os mecanismos mais adequados, pois fui aprendendo fazendo, mas com uma intensa interação com as pessoas das comunidades. Esta aproximação com o território e a busca da compreensão da cultura, das crenças, dos valores, das políticas públicas, que se traduziam em garantia ou não de práticas de saúde promotoras da vida humana me fizeram conversar e aprender muito com o povo.

c) *Coordenação e a educação permanente da Equipe Saúde da Família.*

A minha atuação na ESF em Arneiroz foi junto a uma equipe de mais de dez ACS e um médico, enquanto em Assaré eram também os ACS e uma médica e uma atendente que ficava na unidade de saúde. Em Campos Sales, eram aproximadamente 18 ACS, uma médica, uma atendente, uma auxiliar de enfermagem e uma cirurgiã dentista e uma região de atuação que compreendia dois distritos. Nesses municípios, o trabalho em equipe era simples e prazeroso. Havia muita motivação e compromisso de todos os trabalhadores da saúde. Nos dois primeiros municípios eu realizava todas as ações de cuidados básicos, além das consultas de enfermagem, ações educativas e visitas domiciliares, já que não havia auxiliares de enfermagem. Em Campos Sales já não precisava vacinar todos, realizar curativos, nebulizações, aferições de pressão etc.

Eu sempre gostei de trabalhar no território, particularmente com os ACS, porque o entendimento e a movimentação deles na direção da resolução dos problemas tinham uma intensidade semelhante à minha. Eu percebia uma proximidade entre o que os ACS faziam e a minha prática, a concepção do cuidado para com as famílias assemelhava-se. Os ACS precisavam somente de um profissional de saúde que fizesse com eles, que partilhasse e acolhesse as necessidades da comunidade e procurasse conjuntamente intervir.

Figura 26: Fotografias agrupadas de atividade de educação permanente da equipe saúde da família. Assaré/Ceará, 2000 e Campos Sales/Ceará, 2001.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Na minha percepção, no entanto, havia uma limitação consistente de conhecimento, e o acesso a um determinado conhecimento poderia facilitar o poder de argumentação e de abordagem de problemas mais complexos e na prática dos

ACS. Desse modo buscava realizar ações de capacitação com os agentes de saúde, então fui aprendendo a ser educadora na comunidade e com os agentes.

Com todo esse trabalho, e todo dia numa comunidade diferente, pensar sobre a equipe de saúde da família nunca havia sido o meu foco, contudo, a minha inserção na equipe da Estratégia Saúde da Família (eqESF) em Sobral me provocou novas reflexões. Eu tinha que acumular as funções de gerente, enfermeira da eqESF e residente da RMSF.

Eu ficava me interrogando sobre a minha forma de gerenciamento do serviço e a minha atuação nele, desempenhando todas essas tarefas, onde, ao mesmo tempo, eu era gerente e profissional de saúde. Sentia dificuldades de adequação à realidade vivida pela sobrecarga de atividades que eu desenvolvia no território em que atuava.

A equipe apresentava numerosas dificuldades, desde o saber técnico-científico necessário ao desempenho de atividades básicas a conflitos interpessoais, que prejudicavam o desenrolar da participação dos diversos atores na reunião da Roda¹ e nas relações diárias dentro da UBSF.

Foi um processo doloroso para mim, pois os profissionais encontravam-se desmotivados e desinteressados. Eu percebia um estado de alienação, em que o trabalho era uma necessidade doída em cada um. Eu me sentia despreparada para trabalhar com estas pessoas e revoltada pela forma delas atuarem na saúde.

O trabalho na eqESF se apresenta com uma nova conotação. Eu me questionava: como discutir educação em saúde com essas pessoas; de que forma poderia realizar ações de promoção da saúde na comunidade; como realizar um planejamento participativo com esta equipe? Para mim, vivenciávamos uma repartição pública, burocrática e incompetente, ou seja, uma instituição com funcionalidade deficiente e desconexa onde vislumbrar a essência do processo de cogestão me parecia ser difícil demais.

Na UBSF havia duas equipes de saúde da família, uma com atuação totalmente rural e a outra “urbana”, e me cabia realizar a articulação destas equipes e cuidar do processo de trabalho na unidade e no território.

Esse foi um período de grandes desafios e conquistas. Quando assumi este posto neste distrito que ficava a 65 km de Sobral, consistiu numa intervenção do

¹ Ver Método da Roda. Gastão Wagner.

município na equipe, porque havia falecido uma criança de diarreia na unidade de saúde. A equipe já estava lá há cinco anos e havia diversos laços construídos. No distrito residiam três vereadores que promoviam, a meu ver, um controle político – partidário do SUS local. A minha percepção era de que havia diversas práticas equivocadas na gestão do serviço de saúde. Nem sempre os critérios de usos do serviço eram os corretos, como por exemplo, a equidade.

Os funcionários tinham vínculos familiares com os vereadores e muitos apresentavam uma prática de saúde assistencialista e clientelista. Este contexto era muito novo para mim, uma jovem de 25 anos, que tinha que gerenciar um serviço de saúde: funcionava 24 horas; havia três motoristas, três vigilantes, dois médicos, duas enfermeiras, um dentista, uma técnica de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem, uma parteira, 18 ACS, uma atendente, três auxiliares de serviços gerais, uma cozinheira, uma agente administrativa. Conheci neste cenário como se estabelece o micropoder e as relações de trabalho alienadas.

Conviver com essa institucionalização dos processos de trabalho e dialogar com práticas de saúde que haviam fomentado junto à população um padrão de dependência do serviço de saúde, na forma de pronto-atendimento, com intenso processo de medicalização, em que havia um descompasso radical entre o real e a proposta da ESF, consistiu em enorme tessitura de sentidos e ressignificação da minha prática.

Eu havia sido em todos os municípios anteriores, a primeira enfermeira a atuar na ESF, e tinha implantado um processo de cuidado em saúde embasado na autonomia dos indivíduos, considerando e praticando os princípios da proposta do SUS, conforme minha compreensão permitia.

Neste trabalho eu precisava partir de um lugar totalmente diferente, que era o de desconstruir e reconstruir práticas de saúde comprometidas com a vida. Era preciso criar mecanismos que fortalecessem o trabalho em equipe, valorizassem o acolhimento das necessidades de saúde dos usuários, reorganizassem o processo de trabalho e reorientassem a formulação de vínculos dos profissionais com o serviço de saúde e dos profissionais com os usuários e com o território.

Era fundamental promover a ressignificação da UBSF e do trabalho em saúde para o conjunto de trabalhadores da ESF para o foco que eu acreditava que

era o adequado, centrado na população mais necessitada, conforme ressaltava o princípio da equidade e a realidade que eu já vira de perto tantas vezes.

Considerando minha imaturidade profissional e os limites da minha prática eu comecei a implementar uma nova reorganização do processo de trabalho. No ato da minha apresentação à equipe pela secretaria de saúde, eu fui mal acolhida, e, todos, afirmaram a sua profunda insatisfação com a ação da secretaria, já que consistia numa intervenção. Isso já não era um bom começo, e, sobretudo, com os graves problemas que identifiquei no serviço o desafio foi redimensionado.

De um lado eu tinha a comunidade, que eu sempre vi como meu objeto de trabalho e do outro, um grupo de pessoas que representavam a equipe e o serviço de saúde, e, no meu entendimento era preciso mudar as práticas dos profissionais da equipe e do povo.

Um elemento facilitador era que em Sobral, partia-se do pressuposto da cogestão de coletivos, com base nos ensinamentos de Gastão Wagner de Sousa Campos, que foi a minha primeira leitura quando assumi este posto de gerente.

Era preciso começar de algum lugar. Priorizei dois eixos de atuação: *comunidade e equipe* e tracei dois mecanismos de trabalho com estes grupos tão distintos. Com a comunidade escolhi o diálogo permanente. Coloquei uma urna onde estes poderiam fazer sugestões, críticas, enfim, o que quisessem. Além disso, durante os três primeiros meses eu acolhia a quase todos os usuários que chegavam a UBSF, me apresentava e informava que haveria uma reestruturação das ações da equipe. Eu falava, em média, com cem pessoas por dia.

Outra alternativa foi firmar uma parceria com a rádio comunitária, o centro cultural local e as igrejas para divulgar a APS e seus princípios, além de elucidar missão do serviço de saúde, objetivos, pressupostos, ações, responsabilidades de cada profissional da UBSF, incluindo vigilantes, motoristas, médicos, auxiliar de serviços, dentre outros. Eu informava quem deveria fazer o curativo, a sutura, a consulta e os benefícios e malefícios que estavam expostos quando permitiam que esses procedimentos fossem realizados por pessoa não qualificada.

E com a equipe implantei: a) realização de oficinas quinzenais onde elaborávamos um painel coletivo respondendo desde questões, tais como: missão do serviço de saúde, função de cada um na equipe, o significado do trabalho na vida de cada um e na saúde da comunidade, dentre outras até realizar a territorialização em

saúde, cronogramas, etc.; b) reuniões mensais por categorias profissionais: motoristas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, auxiliares e técnicos de enfermagem, profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos, dentistas), ACS para discutir o processo de trabalho de cada um e a situação de saúde no distrito; e c) realização, quinzenal da reunião da roda com todos os profissionais, com exceção de uma auxiliar, um vigilante e um motorista que ficavam na UBSF, para alguma intercorrência. O maior desafio consistiu em promover o diálogo com a comunidade para garantir momentos de planejamento sem descontinuidade da atenção prestada e, com o entendimento e a colaboração da comunidade.

A partir das oficinas foram elaborados documentos orientadores do trabalho da equipe, sistematizando as normas, as rotinas e os procedimentos, que tinham na base a constituição de um entendimento coletivo de: Por que trabalhar na saúde; o que significava saúde e promoção da saúde; por que vir trabalhar; como está o trabalho na vida do trabalhador da saúde; qual a qualidade do serviço que ofertamos, dentre outros.

A partir disso, foi realizada a territorialização em saúde, com análise da situação de saúde e a elaboração de planos e estratégias.

Na minha concepção foi nesse espaço de trabalho, que a minha aprendizagem de *'como fazer'* foi fortalecida e aperfeiçoada. Os desdobramentos disso no meu entendimento foi que percebi que o tempo sem ação, sem problematização da realidade, do fazer, simplesmente passa! Aceitar que eu e todos ali estávamos em processo de aprendizagem, dia após dia, foi essencial para eu conseguir responder os diversos desafios e tantos outros, não só no papel, mas na prática coletiva. Após dois anos de trabalho eu percebia uma transformação progressiva na equipe e na comunidade.

Um aprendizado significativo para mim, deste tempo, foi que as dificuldades de inter-relações dentro do serviço público, onde eu não tinha a autonomia para dizer com quem trabalhar não nos impediram de buscar o melhor com os funcionários que tínhamos. Esta realidade me colocou obrigatoriamente, na função de educadora integralmente e constantemente.

Ser educadora sem formação! O que fiz de ações foi guiado pelo meu coração e mente que desejavam profissionais mais resolutivos. Assim, por exemplo, com as auxiliares de enfermagem, utilizei a estratégia de reunir semanalmente para

discutir dúvidas sobre imunização. Podiam perguntar o que quisessem. Em seguida, acompanhava o trabalho de cada uma individualmente. Observava todo o processo de trabalho, e, encontrava muitos erros, apesar delas não terem apresentado dúvidas. Anotava e as reunia novamente, e apresentava tudo o que estava sendo feito de maneira inadequada. E criava normas, rotinas, e ofertava material de estudo. Todas tinham de estudar. Criava uns instrumentos, onde cada uma devia preencher, a partir do estudo e do trabalho do dia, com as informações que mostravam que haviam transformado práticas inadequadas em práticas corretas. E assim, fui buscando aprender a ensinar no serviço – um esforço para ser educadora porque era necessário.

Destaco que a educação permanente é um desafio no cotidiano de uma equipe. Até hoje, só tive vínculo profissional com o serviço público e considero importante avançar de forma atuante e determinada com propostas para melhoria das condições de trabalho para os profissionais do SUS e oferecer serviços de qualidade à população, o que inclui: profissionais capacitados, infraestrutura para um adequado funcionamento do serviço, participação da sociedade e comprometimento dos gestores.

Apesar das políticas de educação permanente e todo o aparato normativo ainda perduram péssimas condições de trabalho na APS, como baixa qualificação, o que se configura em diversos momentos, em más práticas e inadequada condução do cuidado em saúde.

Diante de todas as inquietações entre o fazer bem e as condições que eram oferecidas para este fazer, me acompanhava uma nova interrogação: Como dar respostas a tantas necessidades de aprendizagem em saúde inerentes aos profissionais de saúde do serviço e a comunidade?

Outra questão desafiante e angustiante era: discutir continuamente com a equipe que eu gerenciava, as más práticas em saúde ou práticas inadequadas e as implicações disso para os usuários do serviço. Eu me perguntava: *onde estava a base de todos esses problemas? Porque não atendemos bem? Será se é porque as pessoas são pobres? Será se é porque não vão reclamar? Será se é porque são pretos? Que outros tipos de capacitações seriam mais eficazes? O que faz com que o profissional de saúde se sinta superior ao outro, e, portanto, detentor do poder de fazer da forma que lhe aprouver?*

Por mais que tivéssemos melhorado como equipe, eu tinha que me manter alerta de forma constante. Isso me trazia angústia sobre as minhas abordagens. Eu me sentia muito limitada como gerente e como educadora. Eu acreditava que deveria ter muitos bons livros que me ajudariam, e, que deveria ter outras formas! Eu não podia continuar alerta sozinha! Era preciso que as pessoas efetivamente fossem autônomas no seu processo de trabalho. Eu percebia, às vezes, que alguns profissionais faziam as ações de certo modo não porque estavam convencidos de que, aquela, era a forma adequada, mas para não me frustrar!

Era preconizado o método da roda, como um mecanismo de garantia de uma gestão colegiada no território local, bem como nas outras dimensões do setor saúde. Como eu estava inserida na RMSF fiz uma pesquisa intitulada “O gerenciamento das unidades básicas de saúde da família de Sobral sob o prisma da gestão participativa (2004)” e descobri que os gerentes se esforçavam bastante, mas tinham uma formação limitada para tal atividade, tal como eu, em temas como: Método da Roda, a gestão participativa em saúde, a participação e a coordenação de equipe, o que me acalentou os ânimos, porque percebi que havia muitas dificuldades vividas por todos nós gerentes. Nos discursos dos mesmos sobre o que haviam tido de formação para desempenhar a atividade de gerenciar a unidade de saúde os entrevistados em Pessoa (2004) responderam:

*“Alguns livros e textos e artigos sobre SUS”. (Enfermeiro-Gerente, rural).
“Li pouca coisa, mas não lembro as referências no momento. Houve um curso sobre gerenciamento, algum tempo atrás, mas não tive o privilégio de fazê-lo, pois não era gerente”. (Enfermeira-Gerente, rural).*

Segundo alguns gerentes de UBS rural, entrevistados em Pessoa (2004), ser gerente era:

*“É uma tarefa de muita responsabilidade, exige muito equilíbrio e bom senso para encontrar soluções para problemas complexos”. (Enfermeira-gerente, rural).
“É um cargo onde se é responsável por um conjunto de atividades e ações desenvolvidas na UBS e comunidade. Exige muita responsabilidade e dinamismo, pois lidamos com uma demanda de serviços muito grande. Para tanto, é necessária experiência prática, conhecimento teórico, postura profissional, pois somos muito cobrados pelo poder público e comunidade”. (Enfermeiro-gerente, rural).*

Havia clareza de que nós lidávamos com problemas complexos nas comunidades rurais e unidades de saúde. Esta pesquisa me ajudou a compreender que o meu aprendizado deveria se dá no contexto do território. Tive mais coragem de continuar e fui impulsionada por perceber que guardava semelhanças os desafios vividos na gestão das unidades de saúde.

Durante a realização da residência eu ficava comparando o que eu havia recebido de formação como profissional de saúde no decorrer da minha vida profissional e o que eu estava estudando neste curso, com a prática necessária as funções que eu precisava ser capaz na ESF. Ressalto que era exaustivo assistir as aulas noturnas da residência, fazer leituras, dar plantões e ser responsável por uma unidade de saúde que funcionava em tempo integral. Mas foi um tempo de grande crescimento e aprimoramentos profissionais, que destaco na minha vida de aprendiz.

A residência era muito bem estruturada do ponto de vista da clínica, que era garantida pelo apoio dos preceptores e pelas leituras dos textos e sessões clínicas. Com todas as minhas limitações eu me debruçava em leituras como Emerson Merhy, Bárbara Starfield, Bruce Duncan, Carmem Teixeira, Jairnilson Paim, Eugênio Vilaça Mendes, Paulo Buss, Gastão Wagner, dentre outros. Estas leituras foram essenciais e me auxiliaram para contribuir com a transformação desta equipe em melhor do município, após pouco mais de um ano de trabalho, numa avaliação incluindo todas as equipes em que recebemos a premiação de melhor equipe em indicadores de saúde, em gastos, em satisfação dos usuários e dos profissionais, dentre outros itens.

Sempre procurei agir integrando o que lia nos livros à prática. Acreditava que era possível mudar muita coisa com o conhecimento, e, na minha percepção, consegui muitos resultados em decorrência desta articulação. Como a curiosidade e a vontade de saber *os porquês* sempre me acompanharam, utilizei a estratégia de fazer análise permanente da situação de saúde no território com toda a equipe e fazer perguntas. A equipe se constituiu em um espaço de profunda aprendizagem e reflexão sobre a minha prática, que se transformava a cada momento. Eu acredito que a forma que gerenciei esta unidade contribuiu para a autonomia e qualidade da assistência prestada pela equipe.

A partir disso tive mais clareza do que havia sido implantado: um novo sistema de acolhimento dos usuários na UBSF, com agendamento, com garantia de

agenda para emergências e urgências, e, sobretudo acolhendo a pessoa e sua necessidade; instituído um planejamento efetivo com monitoramento e avaliação das ações; organização de diversos grupos; a desmedicalização da comunidade; a realização de ações educativas nas comunidades; constituído um vínculo, embasado na ética e na solidariedade com a comunidade; empreendido um processo participativo de gestão de pessoas e de trabalho que resultou em motivação, compromisso, responsabilização dos profissionais com os usuários; instituída uma parceria intersetorial, com as escolas, centro cultural, dentre outros; firmada uma parceria com as pastorais da igreja católica, que potencializou a ação dos ACS.

d) Articulação com a Gestão local do SUS.

Algumas vezes nesse percurso na APS eu me sentia travando uma luta diária com a gestão municipal de saúde para conseguir trabalhar. Senti que era possível aliar um pouco de conhecimento, persistência e coragem para dialogar com os gestores do SUS. Esse diálogo era facilitado pelos resultados nos indicadores de saúde e pela satisfação das comunidades. Alcançar os resultados também me motivava cada vez mais, e, com a determinação, a coragem e disponibilidade de implantar ações eu conseguia adesão do secretário de saúde e dos funcionários da secretaria municipal de saúde.

O cotidiano na ESF me gerava muitas reflexões, o que me fazia ler bastante, porque me revoltavam muito as condições de vida das pessoas, a negação dos direitos sociais básicos. Então, para argumentar com os secretários de saúde e prefeitos para que comprassem os medicamentos necessários, receituários, balança portátil, prontuários familiares, liberação de ambulância, dentre outros itens e, até, com os meus colegas, que diziam ‘que eu inventava muita coisa, que acabava sobrando trabalho para eles’ eu tinha que estudar.

Mas, em todos estes lugares, acredito que, talvez, a minha motivação, empenho, dedicação e um saber (clínico, relacional e cultural) me fizeram querida dos usuários, da equipe em que eu atuava e dos gestores, apesar das minhas exigências e cobranças de ações concretas para todos: usuários, equipe e gestores.

e) A consulta de enfermagem na ESF

Na ESF sempre atendi individualmente muitas pessoas, principalmente mulheres, crianças, adolescentes e idosos. A consulta de enfermagem na ESF me proporcionou encontros indescritíveis com a intimidade, com a essência humana, tão repleta de contradições e possibilidades. As consultas foram as oportunidades de gerar empatia, entrega, escuta dos segredos, tocar e ser tocada pelas pessoas fisicamente e afetivamente.

Nas consultas primeiramente eram relatados os problemas simples, como a verminose, a falta de apetite, a dor pélvica, a insônia, a “gastura no juízo”, o

corrimento vaginal, a falta de desejo sexual, entre outros. Íamos estabelecendo uma relação de confiança, respeito, empatia. Estabelecia um plano de cuidados, que passava por conversas sobre o autocuidado, higiene de si e do lar, exames ginecológicos, planejamento familiar, relações com a família e vizinhos. Muitas me convidavam para ir às suas casas, e, assim constituía uma relação que me possibilitavam descobrir muitos “segredos”.

As mulheres de todas as faixas etárias me ensinaram muito com suas histórias, por vezes, muito difíceis de escutar pela agudeza do sofrimento. Ouvei histórias de espancamento e maus tratos de mulheres, muitas vezes, por seus companheiros. Não sabia como registrar nos prontuários que havia criado aquelas histórias. Utilizaria siglas, escreveria com os termos delas, inventaria uma forma de descrever. Eu não sabia, mas chorava com as histórias reais e a minha impotência, agendava uma visita domiciliar, observava todo o ambiente, olhava nos olhos do estuprador, da mulher, das crianças. Eram segredos difíceis de suportar! Pediam-me para não contar nem ao médico, ninguém da equipe podia saber, pois iam fofocar – assim pensavam!

Há muitas histórias na memória, vou contar de forma sucinta somente uma história de uma mulher jovem que tinha sete filhos. Os dois filhos mais novos tinham problemas graves: um tinha um problema renal e realizava semanalmente diálise peritoneal, faleceu aos cinco anos, e, o outro tinha um problema cardíaco, e era menor de um ano. Cadastrei a família no cadastro único, e, consegui uma casa para morar do projeto habitacional do governo federal e o dinheiro do programa bolsa família. Além disso, uma cesta do programa para crianças menores de um ano em extrema pobreza. Já não passavam tanta fome. Eu ia muito a esta casa, pois atendia semanalmente estas duas crianças e conversava com a mulher e o marido. Preocupava-me se ainda fossem ter mais filhos naquele contexto. Depois de muitas visitas, conversas, exames e realização de ecomapas tínhamos estabelecido um plano terapêutico para a família.

Daí um dia chega a mulher na UBS na triagem, às 8h da manhã e me diz que veio falar comigo. Havia muitas consultas neste dia. Perguntei se não podia ser outro profissional. Foi assertiva que não. Eu havia de atendê-la antes, pois a criança mais velha, que só tinha dez anos, era quem havia ficado em casa com as demais crianças. Expliquei aos que estavam aguardando e fui conversar com ela. Contou que

o marido era bissexual, e, que havia ofertado ela para o homem que ele estava saindo agora. Na noite anterior o homem havia ido lá e ela trancara a porta. Havia quebrado a porta, mas com o barulho os vizinhos acordaram e não foi possível. Hoje, ele iria lá, se ela resistisse a filha dela serviria, já tinham alertado tanto o marido quanto o atual companheiro dele. E ela estava ali, contando-me esta situação, porque a porta estava quebrada e hoje ela não teria como se proteger. E destacou que só tinha confiança em mim para pedir ajuda para não serem estupradas naquela noite. Perguntei para ela, o que imaginava que eu pudesse fazer; disse-me que não sabia como eu poderia ajudar, mas acreditava que eu saberia como ajudar; perguntei se ela faria o que eu orientasse mesmo que fosse algo que precisasse de muita coragem; respondeu que confiava em mim; então, orientei-lhe a ir à delegacia da mulher e relatar para a delegada, tal qual fizera comigo a sua situação, com as mesmas palavras e descrição de fatos.

Chamei, então, o motorista e disse-lhe para levá-la à cidade, que ficava a 65 km, e, solicitei à ACS que fosse à casa da mulher ficar com as crianças até o seu regresso. Na tarde do mesmo dia o oficial de justiça trouxe a intimação proibindo o homem de entrar na casa. Este segredo, pois, é a expressão dos grandes, verdadeiros e difíceis encontros que podem se dar na ESF/APS, se a consulta de enfermagem for mais que uma excelente abordagem clínica, mas for também humana, social, comprometida e, sobretudo, corajosa.

É preciso coragem para se comprometer com pessoas em situações de violência, e muito mais, é necessário se deslocar de uma atuação biomédica. Trouxe uma situação de violência contra a mulher neste relato, porque esta é uma das demandas mais concretas que estão no campo/sertão, e, que inclusive é pauta de luta dos movimentos do campo neste ano de 2015.

A consulta de enfermagem no consultório representa um espaço singular de comprometimento mútuo com um plano de cuidados, para depois extrapolar para os demais membros da equipe, família e comunidade. Neste encontro humano, pode-se efetivamente transformar realidades humanas e aprender novas formas de 'consultar'.

f) A necessidade de atuar em outros territórios como busca de novos aprendizados.

Em poucos meses os indicadores de saúde melhoravam na minha área de abrangência, mas eu sempre pedia demissão, porque eu achava que tinha muito a ser feito em outros lugares, como outras coisas para saber, outras pessoas a conhecer, outras formas de fazer.

Quando eu já compreendia o funcionamento do serviço de saúde do município, a comunidade, e estavam implantadas e funcionando bem as ações da APS na equipe sob a minha responsabilidade, me vinham outras curiosidades e outras necessidades. Era como se os desafios que, essencialmente pertenciam ao setor saúde tivessem sido superados, e havia outros, que passavam pela intersectorialidade, pela transdisciplinaridade, pelo poder, por questões mais estruturantes que eram os determinantes sociais da situação de saúde, que nos limites da minha prática e do meu saber eu não conseguia intervir!

Figura 27: Fotografia de visita domiciliar e reconhecimento do território, abrindo cancela e seguindo em frente, andando a pé com o motorista da equipe. Assaré/Ceará, 2000.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Mas, para o que estava posto para a APS naqueles territórios, eu estava sobremaneira à frente, então estas novas curiosidades e dilemas ali não seriam sanados. Eu acreditava que era necessário estudar um pouco mais! Assim, fui conquistando e sendo conquistada pela saúde pública, que me aproximou dos que

mais precisavam - lugar em que eu me sentia útil, feliz, mas impotente diante de muitas coisas.

Neste lugar da *práxis*, eu me sentia confortável, eram tecidos vínculos e relações, havia amizades, resultados, mas eu tinha uma necessidade teórica, de um saber que me ajudasse a intervir de forma mais efetiva em algumas questões, que minha atuação profissional passava ao largo.

Nesse período eu fazia cursos de curta duração que eram voltados para melhorar a qualidade da atenção à saúde oferecida à população. Eu participava destes cursos e quando retornava deles estudava, aprofundava os temas e tentava aplicar o aprendido nas minhas ações na ESF. E nesse movimento eu identificava as dificuldades de incorporar a teoria na prática, as minhas lacunas de conhecimento e outras necessidades de saber e me autocriticava, mesmo sabendo que as pessoas que me rodeavam consideravam que eu era uma boa profissional.

Eu sabia que a presença recente de uma profissional de saúde nestas comunidades desassistidas de políticas públicas contribuía para que elas me vissem de forma, talvez, pouco crítica, o que me fazia pensar que eu tinha que cuidar para não ser negligente, ou imperita, ou imprudente com elas.

PARTE IV A DESCOBERTA DA CIÊNCIA E DA EPISTEMOLOGIA: LAÇOS E RUPTURAS NECESSÁRIAS NA ABORDAGEM DO CUIDADO EM SAÚDE.

Seção 1: Aproximações com o pensamento complexo e a ecologia de saberes: uma necessidade, um desafio e uma possibilidade para a atuação crítica na saúde.

Abordo a *ciência e o trabalho* na saúde coletiva, enfocando a pesquisa e a relação desta com o serviço de saúde no âmbito da ESF. Concebo a necessidade de uma epistemologia, que dialeticamente subsidie: uma compreensão da ciência e do que esta deve vir a ser; uma prática emancipatória na ESF e na pesquisa em saúde coletiva.

Parto do entendimento que os significados, os sentidos, os usos, os fins do termo saúde interessam a todos nós. É plural, é singular. Interessa ao indivíduo e à sociedade, aos cientistas e aos movimentos sociais. Interessa à humanidade! É neste tom que abordo o tema saúde, como essencialmente humano, relacionado à natureza e à vida humana na terra.

Escrevo com vistas a gerar uma reflexão, ou uma inquietação (no leitor e na escritora/autora) em termos de como se produz o conhecimento, a partir do sujeito aprendente. Devo salientar que ouvi pela primeira vez a palavra epistemologia em 2008, na universidade, no mestrado em saúde pública.

Digo isto para deixar claro que reconheço o quanto tenho de limitações acerca do conhecimento do conteúdo da epistemologia, contudo serei doutora na saúde coletiva e devo compreender minimamente como utilizar e como produzir o conhecimento que aborde o sofrimento humano numa perspectiva comprometida com a vida.

Recorro ao poeta Manoel de Barros, que expressa muitíssimo bem, no poema “A escova”, o que eu gostaria de dizer acerca da minha descoberta da epistemologia e da ciência. Eu achava que os “epistemólogos não batiam bem”, assim como os arqueólogos do poema. Eu também, por um determinado tempo, quando adolescente me dedicava à leitura das poesias e da literatura brasileira e portuguesa, e muitos me disseram que eu “não batia bem”.

Escova

*Eu tinha vontade de fazer como os dois homens que vi sentados na terra escovando osso.
 No começo achei que aqueles homens não batiam bem.
 Porque ficavam sentados na terra o dia inteiro na terra escovando osso.
 Depois aprendi que aqueles homens eram arqueólogos.
 E que eles faziam o serviço de escovar por amor.
 E que eles queriam encontrar nos ossos vestígios de antigas civilizações que estariam enterrados por
 séculos naquele chão.
 Logo pensei de escovar palavras.
 Porque eu havia lido em algum lugar que as palavras eram conchas de clamores antigos.
 Eu queria ir atrás dos clamores antigos que estariam guardados dentro das palavras.
 Eu já sabia que as palavras possuem no corpo muitas oralidades remontadas e muitas significâncias
 remontadas.
 Eu queria então escovar as palavras para escutar o primeiro esgar de cada uma.
 Para escutar os primeiros sons, mesmo que ainda bígrafos.
 Comecei a fazer isso sentado em minha escrivaninha.
 Passava horas inteiras fechado no quarto, trancado, a escovar palavras.
 Logo a turma perguntou: o que eu fazia o dia inteiro trancado naquele quarto?
 Eu respondi a eles, meio entressonhado, que eu estava escovando palavras.
 Eles acharam que eu não batia bem.
 Então eu joguei a escova fora.*

Poema de Manoel de Barros.

Foi desta forma, que fui descobrindo os livros, folheando e lendo, refletindo e interpretando o que foi lido e tecendo as conexões com a vida. Eu ficava me perguntando: Quem não batia bem? Quem escreveu? Ou quem lia? Ou ambos? Desse modo singular foi nascendo o meu gosto pela escrita e o desejo de escrever. Eu queria escrever sobre a vida do povo, contar a verdade dos fatos, simplesmente narrá-los!

O tempo passou e estou escrevendo sobre a vida e a saúde no sertão, enquanto direito humano, esta é a essência destes escritos. Mas, nas entrelinhas se impôs a necessidade de que eu escreva sobre epistemologia e ciência. Esta escrita não pode ser arbitrária, ou literária, porque não escrevo só para o meu prazer. Procuro vestígios de um novo modo de atuar na pesquisa na saúde, que vá na direção da emancipação. O faço também como os arqueólogos, que “...faziam o serviço de escovar por amor.”

Reconheço, primeiramente, que é preciso saúde para lutar, viver, e para construir uma sociedade livre. Então, neste capítulo, quando faço alusão ao termo é nesta perspectiva. Um dos movimentos camponeses de maior expressividade no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST) afirma:

[...] estar com saúde é sentir-se bem fisicamente, estar com a cabeça tranquila, viver em um ambiente onde há respeito, carinho e igualdade [...].
[...] estar com saúde é conviver com uma sociedade sadia onde homens e mulheres tenham seus direitos respeitados e possam participar das decisões com liberdade e onde a saúde não seja apenas não ter doenças no corpo (MST, 2010, p.13).

Pretendo apontar alguns aspectos que estão imbricados no processo de pensar e atuar na pesquisa em saúde, admitindo que não nasci pesquisadora, e, que estou centrando minhas reflexões neste ser cientista, intelectual, que se compromete com o direito à vida digna.

Um aspecto inerente a ação humana na produção do conhecimento científico, é sem dúvida, a dimensão processual e histórica do ser humano, enquanto indivíduo e sociedade. Ressalto que, nesse sentido, a universidade significou, em certa medida, a representação de um lugar de intelectuais/cientistas no meu primeiro contato.

Assumo também, a premissa de que o trabalho na implantação territorial da política pública de saúde é uma estratégia potente de luta na democratização do entendimento do direito à vida para as populações pobres, marginalizadas, vulnerabilizadas, como também integrante da minha formação. Considero também que alguns dos meus aprendizados e mecanismos de pensar estão relacionados a minha atuação com comunidades rurais na ESF/ SUS.

Neste capítulo abordo de forma entrelaçada a ciência, o trabalho na ESF e a epistemologia, como uma busca humana por alternativas em prol de uma sociedade livre.

1.1 As primeiras aproximações com a ciência e o paradigma emergente.

A imagem do lugar da ciência no mundo foi concebida, inicialmente por mim, a partir das leituras de livros de literatura que apontavam a ida de brasileiros à Coimbra para cursarem o curso de direito, em Portugal. O realismo literário presente nos livros de Machado de Assis foi o meu primeiro contato com o que eu imaginava ser o *científico*, o lugar que tem condições (conhecimento/pessoas) com capacidade de possibilitar acesso ao conhecimento científico.

Apresentava, contudo, Machado de Assis um universo difícil de ser alcançado pelos pobres e pretos, destacando que eram poucos os que tinham acesso a Universidade, e estes pertenciam as classes abastadas, e, que, ao retornarem com seus títulos de Coimbra pareciam mais soberbos.

O ser humano era apresentado pelo escritor de forma clara, em termos de desejos, necessidades, defeitos, qualidades com uma análise crítica da sua visão política, de sociedade e de humanidade, destacando explicitamente como pensavam e agiam as elites ricas e os pobres no Brasil.

Então, o sonho para conquistar a Universidade foi sendo tecido de forma bastante significativa para mim. Adentrar os muros da universidade trazia-me muitas inquietações, dentre elas, uma pergunta básica e tão incompreensível naquele momento era: como será a universidade? Esta palavra *u-ni-ver-si-da-de* era muito significativa no meu imaginário de menina da roça, que conquistava um lugar, onde havia todos os livros e todas as respostas e muitas pessoas sábias.

A universidade representava a abertura das portas do universo, de onde eu sairia preparada para tudo na vida! Nutria, todavia, vários receios, tais como a soberba que acompanhava os “doutores recém-chegados de Coimbra”, tão bem descrita por Machado de Assis.

A minha escolha pelo curso de enfermagem, um curso na saúde, representava naquele momento, a conquista da liberdade, da emancipação, do direito de ir e vir a lugares diversos pela garantia de postos de trabalho como também pelo acesso a uma renda digna. Foi assim a entrada na Universidade: um desejo conquistado com muito esforço e empenho, um sonho tecido com dedicação, abdição e uma enorme vontade de descobrir um mundo que não chegava ao sertão!

A minha aprovação em primeiro lugar no vestibular de Enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú, situada na cidade de Sobral/Ceará se deu simultaneamente a minha internação hospitalar na Santa Casa de Misericórdia no mesmo município. Esta internação, por sua vez, se apresentou como uma aproximação apriorística com o lugar que a universidade iria me conduzir. Ali, como objeto do cuidado, como paciente, decidi que trabalharia para evitar que as pessoas chegassem a viver a situação de sofrimento que eu vivi naquele ambiente e me esforçaria para ser outro tipo de profissional de saúde!

Imaginei uma profissional de saúde cuidadosa com as pessoas, com capacidade de enxergar pessoas naquelas camas e não objetos de práticas. Esta profissional de saúde preocupar-se-ia com o sofrimento, conversaria com as pessoas que estavam ali precisando de ajuda, reconheceria os sentimentos e sofrimentos. Perceberia que estas pessoas, naquele momento de suas vidas estavam tão vulneráveis, que precisavam imensamente de outros seres humanos como cuidadores – seres desconhecidos, que se tornavam íntimos da fraqueza e do padecer de cada um, por vezes acamados e inconscientes.

O ambiente hospitalar e as suas práticas me fizeram desejar atuar em outra perspectiva de saúde. Com este anseio adentrei a Universidade na busca consciente por outro modo de atuar em saúde, que acalento até hoje, considerando as mudanças civilizatórias e as perspectivas tecnológicas e científicas.

Com esse sentimento iniciei as aulas no Curso de Enfermagem. O meu ingresso na Universidade se deu dez anos após eu ter conhecido a *Carta de ABC*, e ter sido alfabetizada. E hoje, em 2015, 30 anos após a *Carta de ABC*, ainda carrego comigo o gosto pelos livros e cultivo os sonhos de uma saúde melhor, mais humanizada e mais democrática. São, pois, 30 anos de leituras, de aprendizados, de aproximações com o conhecimento, de forma apaixonada, mas cautelosa, ainda com os receios quanto à soberba e ao poder aprendido com Machado de Assis.

O curso que eu por ora ingressava, no caso a última turma de enfermagem de um “tal currículo velho” priorizava a formação para a prática hospitalar. A ideia de hospital à época era como se este não pertencesse a ‘saúde pública’, mas era um lugar diferenciado, com ‘práticas em saúde superiores e melhores’. Atuar no hospital tinha um significado simbólico, traduzido num *status social* e numa representação de poder.

A premissa era que os bons profissionais já se voltariam para atuar no âmbito dos serviços de saúde em hospitais. A mensagem que eu captava do imaginário coletivo era de que na saúde pública estavam os profissionais menos qualificados e menos habilidosos, em síntese os piores profissionais de saúde. Esse era o entendimento popular e acadêmico na enfermagem da época. O curso de graduação continha poucas disciplinas do que era entendido por saúde pública, que era compreendida como uma atuação voltada para os programas do Ministério da Saúde, a saber: o programa de controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da malária em zonas endêmicas, o programa de combate à doença de Chagas que era de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde e a imunização!

Com efeito, para atuar nestas doenças, e, também para compreender as doenças infecto-parasitárias, o currículo garantia as disciplinas da tal saúde pública, a saber: *epidemiologia, saneamento, enfermagem em saúde pública* que abordavam as doenças infecciosas e parasitárias e os mecanismos de compreendê-las e de intervir. Nesta perspectiva, as disciplinas de saneamento e de epidemiologia funcionavam como o suporte para compreendermos os mecanismos de transmissão, as fontes de infecção, as medidas de controle e as recomendações para a prevenção, com vistas a complementar a atuação em saúde pública. O processo saúde-doença concebido como causa e efeito relacionava estas doenças com a existência de moradias inadequadas, falta de higiene, ausência de saneamento básico, pobreza, miséria, dentre outros fatores.

Neste tempo havia no primeiro semestre umas disciplinas básicas de português, metodologia científica, filosofia e sociologia. Recordo-me somente do que estudei em filosofia, que foi o *trabalho alienado de Marx*, pois considerei um texto muito difícil de ser compreendido. O professor de sociologia raramente aparecia para ministrar suas aulas. Os professores de português e metodologia científica eram bem dedicados. A universidade me parecia um lugar sem regras e compromissos. As disciplinas de filosofia e sociologia consistiram nas únicas aproximações com outras áreas durante a graduação.

O primeiro ano do curso de enfermagem foi o mais difícil em toda a minha trajetória de formação. Diversas vezes eu refletia que não era possível que a universidade que eu tanto busquei conquistar e que tanto me esforcei para adentrar, era somente assistir algumas aulas e ir à biblioteca que não tinha quase nenhum livro

que eu procurava. Muitas vezes pensei em abandonar o curso e voltar à roça, viver com meus pais, fazer doces, crochês ou bordados para viver lá. Isto significava deixar para lá as possibilidades de ir a outros lugares, ser sedentária, e eu era nômade, gostava de imaginar como era viver em outros lugares.

Tinha muitos desejos de conhecer o mundo. Desejava muito conhecer o mar e ir à África. Quantas vezes li o poema de Castro Alves “O navio negreiro” e chorei, e me movia à curiosidade de saber como era lá. A literatura, a poesia, os poemas foram essenciais para que eu continuasse na universidade, pois foi por meio da poesia que eu conheci a vida, a cultura, a história.

O navio negreiro.

*Ontem plena liberdade,
A vontade por poder...
Hoje... cúm'lo de maldade,
Nem são livres p'ra morrer. .
Prende-os a mesma corrente
— Férrea, lúgubre serpente —
Nas roscas da escravidão
. E assim zombando da morte,
Dança a lúgubre coorte
Ao som do açoute...
Irrisão!...
Senhor Deus dos desgraçados!
Dizei-me vós, Senhor Deus,
Se eu deliro... ou se é verdade
Tanto horror perante os céus?!...
Ó mar, por que não apagas
Co'a esponja de tuas vagas
Do teu manto este borrão?
Astros! noites! tempestades!*

Castro Alves.

A universidade me possibilitaria ir a Amazônia, a África, a Europa, enfim, poderia trabalhar como profissional de saúde em muitos lugares do mundo. Decidi, pois, me dedicar e ser uma boa estudante das técnicas, dos processos, das doenças no curso de enfermagem e por fim concluir a universidade muito grata pelo esforço de

cada um que a constituía e fui oradora de todos os cursos que concluíram naquele ano de 1998.

Cursei, portanto, uma graduação de quatro anos numa universidade do interior entre os anos de 1995 a 1998, onde a palavra pesquisa e ciência não era algo comum. E só retornei à Universidade em 2008, dez anos depois por meio do ingresso no mestrado em saúde pública. Quando adentrei o curso de mestrado eu não tinha clareza do que era o método científico, apesar de ter cursado duas especializações, e, de sempre ter utilizado a epidemiologia, no serviço de saúde.

Foi na Universidade que tive a clareza da pesquisa como atividade científica, em toda a sua amplitude no campo da saúde coletiva. O conhecimento da pesquisa científica e do método científico e da epistemologia conformam um processo de formação vivenciado a partir de 2008.

Na universidade um aspecto que me marcou muito foi o profundo conhecimento teórico e metodológico dos professores e a enorme distância destes da realidade vivida nos serviços de saúde e, principalmente na ESF nos territórios rurais. Considero um paradoxo, para quem produz conhecimento a partir da empiria.

Este aspecto aliado a outros foi algo que me condicionou a estar em vigilância permanente da minha prática de pesquisa, e iniciei uma busca por um mecanismo que permitisse a produção de conhecimento científico aceitando a incerteza, a aproximação, a indignação e o comprometimento com os sujeitos e com a vida nos territórios.

Entendi que a separação entre ciência e consciência foi desejada e buscada num contexto em que se buscava a autonomia da pesquisa científica em relação ao poder da Igreja (MORIN, 2000). Contudo, é necessário também perceber que essa disjunção foi acrescida do pensamento formulado por René Descartes, que propôs dois campos de conhecimento separados e distintos: O **Sujeito**, o homem que reflete sobre si mesmo, que fica como um problema da filosofia e o **objeto**, que pode ser conhecido pela ciência, ou seja, o conhecimento científico. Estes dois movimentos trouxeram grandes conquistas, mas também importantes e complexos problemas à humanidade, alerta Edgar Morin.

O autor afirma que, por exemplo, na biologia, o problema da Vida parece ter-se tornado secundário considerando que não existe substância viva e que os seres

vivos são simplesmente seres constituídos da mesma química de tudo aquilo que existe no mundo físico.

O que diferencia os seres, portanto, é simplesmente uma organização diferente. Com este entendimento promove-se o desaparecimento da vida como princípio, como essência. Isto no âmbito das ciências humanas significa o desaparecimento dos seres humanos, negligenciando-se para além do mito metafísico do 'princípio vital', a própria auto-organização vivente (MORIN, 2010).

Este processo de ruptura e separação do sujeito e do objeto, conforme alerta Edgar Morin (2010) levou a humanidade a vivenciar na atualidade um momento que o conhecimento científico está sem consciência moral, reflexiva e subjetiva.

O autor aprofunda o debate acerca da ciência, destacando que o conhecimento científico foi fundado excluindo por princípio o sujeito do objeto do conhecimento, ou seja, retirou-se a subjetividade promovendo-se uma ruptura decisiva entre a *reflexividade filosófica*, isto é, a possibilidade do sujeito de pensar e refletir e a objetividade científica (MORIN, 2000).

A meu ver a gravidade de tal fato já pode ser percebida por diversos fenômenos observáveis no mundo globalizado, em que impera um sistema, que ordena desejos, sonhos e necessidades humanas, produzindo-as por meio de uma manipulação de aspectos subjetivos tomando-se como referência uma perspectiva ideológica dominante – por exemplo, o sistema capitalista.

Destaco a seguir três questões centrais levantadas por Edgar Morin nos anos 2000, que têm uma relação direta com a minha atuação, enquanto pesquisadora da saúde coletiva.

- ✓ O que é a ciência na sociedade?
- ✓ Qual é o seu poder?
- ✓ Qual é a relação entre a ciência, a técnica, a sociedade e a política?

Identifico, por exemplo, no Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde (2015), já citado anteriormente, o esforço de pesquisadores da saúde coletiva, imbuídos de uma *reflexividade epistemológica* a responderem as questões que Morin apresenta.

Eu percebi o poder da ciência de forma mais clara, mas ainda com uma visão restrita, quando iniciei minha atuação no SUS, no diálogo com as comunidades,

quando me chamavam de “doutora” e quando indagavam: “Você é enfermeira formada, mesmo? ”.

Recordo-me, que, no meu primeiro trabalho como profissional de saúde pública, em 1999, em Arneiroz/Ceará, nesta época: eu tinha 22 anos, uma aparência de adolescente, pelo meu biotipo, que despertava a desconfiança do povo sobre o “meu saber”, como também de relatarem os ‘seus segredos’ e mostrar as suas intimidades, por ocasião dos exames ginecológicos, por exemplo, para mim. Neste contexto, a desconfiança existente referia-se a dois aspectos: a inexperiência, traduzida na aparência jovem; e, no reconhecimento de um lugar de saber (enfermeira formada, que estava autorizada a ouvir e a intervir em situações próprias do lugar do doutor – da ciência/conhecimento científico).

O meu esforço, por outro lado, consistia em, por meio de argumentos, pautados neste conhecimento técnico-científico demonstrar a capacidade técnica, política, administrativa, ética, para estabelecer uma relação de confiança e conquistar as pessoas ‘sérias e desconfiadas de doutor no meio do sertão’.

Eu percebia, a cada dia, o quanto era preciso ser feito e o quanto eu pouco sabia sobre ‘*o como fazer saúde comprometida com a vida digna*’, apesar de todos por ali me chamarem de ‘doutora’ e eu ter sido uma aluna dedicada durante toda a graduação. Este aspecto fez-me deparar com a necessidade de distinguir o que era este saber que agora era portadora e como ele podia ser útil, além da questão meramente técnica-operativa; e como estabelecer relações entre a política, a ciência e a técnica.

Outro momento, que destaco, em 2004, também na ESF, que traduz alguns elementos relativos ao poder do conhecimento científico, onde eu já articulava melhor o meu saber técnico-científico para gerar respostas às necessidades sociais, quando algumas pessoas da comunidade e da equipe de saúde manifestaram: “o desejo que eu me candidatasse a vereadora.” Ora, estava somente há pouco mais de dois anos atuando naquele território, e jamais pensara adentrar a política partidária, contudo, pude perceber, como num território, numa comunidade, o conhecimento científico mediado por uma prática científica comprometida com o humano, pode se imbricar e contribuir para processos diversos que conformam um movimento complexo que transcende o indivíduo.

Estes aspectos demonstram como a ciência pode servir a múltiplos usos. Compreender isto é central na minha percepção, para quem quer atuar articulando diversas competências laborais traduzidas no cuidado com a vida. Alerta Morin (2010) que “[...] vivemos num círculo vicioso, num círculo de intersolidariedade em que é justo distinguir aquilo que é científico, técnico, sociológico, político... Mas é preciso distinguir e não dissociá-lo.” (p. 34).

Apesar da hegemonia do paradigma da ciência clássico, Morin (2010) acredita que estamos numa época de mudanças, pois, segundo ele esse debate não era possível há alguns anos, e, hoje é visível que o problema da ciência e da consciência se encontram colocados como problema ético e como problema de consciência reflexiva, postulando ambos a reintrodução do sujeito (MORIN, 2000).

Destaca *que* “[...]existe, de qualquer modo, um contramovimento na ciência moderna que reencontra os grandes problemas filosóficos, que é a retomada da reflexão ” (MORIN, 2010, p. 37).

O autor refere que há um processo de “[...] ressurreição dos problemas fundamentais, seja pelas ciências de um tipo novo, como a ecologia, seja nos seus próprios progressos, como os da biologia e da física” (MORIN, 2010, p.37). Com efeito, a grande importância da epistemologia moderna consistiu: “[...] em ter mostrado de maneira decisiva que a **teoria científica** não é o reflexo do real; é uma construção do espírito que efetivamente se esforça por aplicar sobre o real.” (MORIN, 2010, p. 38, grifo nosso).

Considero valioso destacar a visão do autor acerca das teorias científicas, porque a visão dele permite avançar na proposição de novas teorias, pois tem uma abertura à temporalidade cultural. Essas são:

[...] sistemas lógicos elaborados pelo espírito humano e este os aplica sobre o real. Desse modo, as teorias científicas são construções do espírito; não são reflexos do real – são traduções do real numa linguagem que é a nossa, ou seja, aquela de uma dada cultura, num dado tempo (MORIN, 2010, p. 38).

O autor defende uma perspectiva de teoria científica, que está em consonância com o que acredito ser ponte para a construção do processo de pesquisa na saúde coletiva, que pode gerar conhecimento emancipatório. A saúde coletiva situa-se no bojo da disputa entre ser científico e político, o que é visível pela própria

conformação dos seus campos disciplinares. Em saúde pública é essencial uma atuação ético-política!

A minha atuação na ciência tem como embasamento a compreensão de Edgar Morin sobre a **teoria científica**. Como em suas palavras:

Uma teoria é científica não porque ela é certa, mas, ao contrário, porque ela aceita ser refutada, seja por razões lógicas, seja por razões experimentais ou de observações. Isto é, uma teoria científica não é o substituto num mundo laico, da verdade teológica e religiosa. É o contrário. Uma teoria científica tem sempre a incerteza, ainda que ela possa fundar-se em dados certos. A biodegradabilidade da teoria científica é um fato fundamental que nos mostra que a fecundidade do conhecimento científico é uma luta de teorias (MORIN, 2000, p. 39).

Portanto, é claro que a *verdade científica não é uma certeza teórica* (MORIN, 2010). Considero essencial este entendimento das terminologias para deixar clara minha filiação como pesquisadora numa perspectiva teórica que dialoga com o pensamento complexo. O reconhecimento deste desafio epistemológico me auxilia como pesquisadora a integrar a pesquisa à minha concepção de mundo e de sujeito do conhecimento, como também, a me coadunar com certa flexibilidade aos métodos utilizados na produção do conhecimento.

Edgar Morin é otimista e está convencido de que:

[...] os novos desenvolvimentos do conhecimento científico nos conduzem um pouco a todos os domínios para restituir o diálogo, senão diretamente entre o sujeito e o objeto, pelo menos entre o observador e aquele que o observa (MORIN, 2010, p.40).

Apesar de Edgar Morin acreditar na restituição do diálogo entre observador e o observado, o autor reconhece por outro lado, que o **paradigma ocidental** - centrado no pensamento de Descartes, que defende a disjunção entre o objeto e o sujeito, entre a ciência e a filosofia - controla a ciência e a filosofia, reforçando que, atualmente:

[...] o princípio da disjunção, da distinção, da associação, da oposição que rege a ciência é qualquer coisa que não somente controla as teorias, mas ao mesmo tempo comanda a organização tecnoburocrática da sociedade. (MORIN, 2010, p. 67).

Morin (2000) destaca que o princípio fundamental da ciência clássica é legislar, e para isso é preciso disjuntar e reduzir os objetos, contudo o autor defende que não se trata de abolir estes princípios, mas de reconhecer a insuficiência destes

princípios. O pensamento científico contemporâneo tenta ler a complexidade do real sob aparência simples dos fenômenos, pois de fato não existe fenômeno simples, reforça o autor do pensamento complexo (MORIN, 2000).

Nas palavras do autor a epistemologia complexa seria: **não mais** a existência de uma instância soberana, como o epistemólogo que controla de maneira irreduzível e irremediável todo o saber, mas **uma pluralidade de instâncias, todas estas decisivas, mas cada uma delas insuficiente**. Reconhece Edgar Morin “[...] a existência do princípio da incerteza no exame de cada instância constitutiva do conhecimento. E o problema da epistemologia é fazer comunicar essas instâncias separadas, fazer o circuito” (MORIN, 2000, p. 69).

O autor defende, portanto, a não existência de privilégios, tronos ou soberanias epistemológicas, reforçando que os cientistas precisam saber dessa não existência e que:

A questão não é que cada um perca a sua competência, mas que cada um a desenvolva o suficiente para articulá-la a outras competências, que ligadas em cadeia, formariam um círculo completo e dinâmico, o anel do conhecimento do conhecimento. Eis a problemática da epistemologia complexa e não a chave mestra da complexidade, cuja característica, infelizmente, é não fornecer a chave mestra (MORIN, 2000, p.69).

Essas questões começaram a fazer sentido para mim, a partir de uma interpretação da realidade vivida. Eu já tinha me deparado com alguns paradoxos neste período de atuação na ESF (serviço de saúde) e de transição para a academia (ensino/pesquisa). São eles: a) *o serviço de saúde não pensa, ele faz e segue as normas*; b) *a educação é uma atividade do profissional da ESF, mas ele não precisa fazer processos de formação*; e c) *a pesquisa tem métodos que pertence a outra ordem, que nega tudo o que representava para mim o cuidado em saúde, que necessariamente precisa ser implicado*.

Estes paradoxos por vezes são reproduzidos por gestores do SUS, profissionais da saúde, e professores/pesquisadores. Ressalto que estes paradoxos foram centrais para que eu me movesse para a epistemologia, para o entendimento da ciência e de como é possível produzir conhecimento emancipatório com tal compreensão.

Eu venho de uma prática profissional assentada no território e suas especificidades, no mundo da vida, na complexidade como enfermeira da ESF. Os

problemas não podem ser recortados, ou reduzidos, precisam ser abordados e enfrentados. Era essencial uma atuação que articulasse a responsabilidade sanitária pelo território e a população residente, identificando as necessidades de saúde e a resolução dos problemas de saúde.

A organização do trabalho na ESF deve centrar o cuidado no usuário como um imperativo ético-político na realização das intervenções técnico-científica. Além de integrar as ações programáticas e a demanda espontânea devem-se articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; manejar as diversas tecnologias de cuidado e de gestão; e atuar em processos educativos com vistas à ampliação da autonomia dos usuários, da população do território e da equipe; trabalhar em equipe de forma multiprofissional e interdisciplinar; realizar a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção; promover articulação entre os profissionais, como vistas a um processo interdisciplinar, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

Soma-se ao processo de trabalho na ESF, a minha identidade de lugar, como um saber, que contribuiu muito no cotidiano do trabalho em saúde. Os meus maiores aprendizados se constituíram na **experiência**, no contato íntimo com o povo, onde eu exercitava técnicas de cuidado aprendidas em processos de formação profissional. A formação acadêmica forneceu minimamente alguns elementos que me auxiliaram nesta atuação.

Esta experiência vivida me condiciona a romper com esta estrutura de pensamento da ciência clássica, pois para mim é essencial a interação entre os saberes: seja o meu de enfermeira generalista na ESF, seja o da rezadeira, seja o da parteira; não são conhecimentos científicos, são experiências, e, são saberes legítimos. Nesta perspectiva me desloquei da ciência moderna para constituir uma aproximação com outra ciência, que tenha outra base epistemológica.

Destaco que, na ecologia de saberes, enquanto epistemologia pós-abissal, a busca de credibilidade para os conhecimentos não científicos não implica o descrédito do conhecimento científico, conforme assinala Santos (2010). O autor reforça que é imperativa a utilização, de forma contra hegemônica, por meio da exploração da pluralidade interna da ciência, isto é, das práticas científicas

alternativas que se têm tornado visíveis através das epistemologias feministas e pós-coloniais, e de promover a interação e interdependência entre os saberes científicos e outros saberes não científicos.

E, por fim, sugere Santos (2010) como uma premissa básica da **ecologia de saberes** o reconhecimento de que **todos os conhecimentos têm limites internos e externos**. Para o autor os limites internos relacionam-se aos limites das intervenções no real, enquanto que “os limites externos decorrem do reconhecimento de intervenções alternativas tornadas possíveis por outras formas de conhecimento” (p.57). Os limites externos não são reconhecidos pela ciência moderna, sendo este um ponto nodal para a não limitação da utilização contra hegemônica desta.

E por fim, além de ter lido alguns textos do Boaventura de Sousa Santos, tive a oportunidade de ouvi-lo em cinco momentos singulares: no *fórum social mundial* em Porto Alegre; no Rio de Janeiro, na *cúpula dos povos* e numa oficina da *universidade popular dos movimentos sociais*; em Brasília, na ocasião em que recebeu um título de doutor *honoris causa*; em Fortaleza no encontro internacional de *ecologia de saberes e agrotóxicos*; e em Coimbra em três atividades muito significativas, que foi um evento de *interculturalidade e bem viver*, um seminário sobre *metodologias de ecologia de saberes* e um *colóquio internacional de ecologia de saberes*. Estes momentos oportunizaram uma compreensão mais ampla do pensamento do autor, bem como superar resistências ao estudo da epistemologia e da ciência como inerentes ao ato de pesquisar o ser humano.

Na figura 28 há o registro de um destes momentos que contribuíram para que eu articulasse saberes na produção do conhecimento que desejo construir para a sociedade.

Figura 28: Fotografia de uma roda de conversa com Boaventura de Sousa Santos no Seminário de Metodologias da Ecologia de Saberes. Quintela/Portugal, 2014.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Centro minha pesquisa nos humanos, na dimensão que se relaciona com as ações das políticas públicas para promover saúde e melhoria da qualidade de vida, em contextos de conflitos territoriais e lutas por direitos.

1.2 Os paradoxos entre a o serviço de saúde e a academia: em busca de uma atuação integrada e articulada na pesquisa em saúde coletiva

Descrevo a seguir os paradoxos, para, em seguida retomar a discussão do conhecimento, a partir da ecologia de saberes, tendo em vista, que adoto esta como uma forma de produzir conhecimento/saberes na saúde coletiva emancipatória.

a) O serviço de saúde não pensa, ele faz e segue as normas e portarias;

As normas/regras existentes na minha inicial trajetória profissional, ou pelo menos as que eu conheci à época foram o: código de ética e deontologia da enfermagem, as leis nº 8.080/90 e lei nº 8.142/90, a Norma Operacional Básica (NOB 96) e (NOB 98) e Norma Operacional da Assistência à saúde (NOAS 2001). Contudo estas eram normas que não estabeleciam regras no processo e trabalho em si, no micro espaço do labor.

Eu estava mais livre para pensar e atuar no cuidado em saúde nos anos 2000 do que hoje, na ESF. Então, à época o que existia de fato como guia, para mim, era uma ética, um compromisso sanitário que orientava o meu processo de trabalho, que foi sendo constituído na mediação entre a comunidade, os profissionais da saúde e os gestores do SUS; então utilizar a autonomia e a criatividade fizeram parte da minha forma de fazer saúde.

A efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial e resolutive da rede de atenção à saúde está diretamente associada à capacidade da ESF de acolher, vincular-se, responsabilizar-se pela população usuária. A organização e o funcionamento do serviço de saúde devem assegurar acessibilidade e acolhimento na unidade de saúde a todas as pessoas que a procuram, de modo universal e sem diferenciações excludentes, assumindo sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva (BRASIL, 2012).

Este trabalho exige do profissional de saúde envolvimento e responsabilização pelo outro. É uma lógica de cuidar e aliviar o sofrimento humano, por meio do trabalho em saúde. Neste labor faz parte tocar as pessoas, escutar suas alegrias e suas dores, ser parte das suas histórias, sentir os seus cheiros, adentrar a sua subjetividade, estabelecendo vínculos e relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde.

Nestes tempos de atuação no sertão como trabalhadora da ESF/SUS eu refletia no meu dia a dia, se a água para beber já era tão difícil, então ter água para lavar as mãos na unidade de saúde não era tão necessário e, realmente, não havia! Eu me perguntava, o que eu deveria fazer com o que eu tinha aprendido sobre as técnicas de enfermagem, quando ia vacinar as crianças sujas e sem ter água para lavar as mãos!

Eu me interrogava de como atuariam, nesta situação, os meus professores que me ensinaram a obrigatoriedade de lavar as mãos, antes e depois de cada atendimento!? Que não discutiram conosco de que não havia água potável e muitas outras coisas, e, mesmo assim deveríamos ser profissionais de saúde. Eu era uma mistura de indignação e sofrimento, de dúvidas e medo, mas movida por uma curiosidade, uma forte vontade de saber como fazer algo que contribuísse de alguma forma para se ter uma saúde melhor por ali, que me fizeram ir adiante de forma tranquila e perseverante.

Este trabalho em conformidade com os princípios da APS deve buscar a longitudinalidade do cuidado, que pressupõe a continuidade da relação clínica, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários com o intuito de diminuir os riscos de iatrogenia decorrentes do *desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado* estavam apenas começando.

O trabalho na ESF é implicado com a história de vida dos sujeitos trabalhadores e usuários. Este serviço é o que acredito que seja transformador, um serviço que pensa e re(cria) cotidianamente as práticas de saúde alicerçando-as nas dimensões territoriais, culturais, sociais, políticas, históricas.

Contudo, este trabalho na ESF, tem uma carga horária de 40 horas/semanais. O trabalhador da ESF rural não consegue acessar a processos formativos, como um mestrado e continuar trabalhando no território. Há uma ruptura que estabelece claramente o distanciamento entre quem produz o conhecimento, quem é o cientista e quem trabalha no serviço.

Por diversas vezes ouvi de colegas de trabalho na ESF de que “na teoria tudo é lindo”. E, por outro lado a academia estabelece a incompetência do serviço de saúde cientificamente falando. Acredito que o modo segmentado e fragmentado existente entre academia/serviço de saúde promove o distanciamento e a segregação, onde ambos (serviço e academia) estabelecem juízos de valor que pouco contribuem para a melhoria das práticas de saúde nos territórios onde os problemas avançam.

Desenvolve-se nesta perspectiva uma lógica que impõe ao serviço: não pensar, e somente seguir as portarias normativas do processo de trabalho, numa perspectiva mínima. Este processo é danoso, pois gera alienação do trabalho para os

pesquisadores/professores e para os profissionais de saúde com resultados negativos para a população.

Este modo de organizar a academia e o serviço na sociedade se apresentou como uma grande contradição da ciência e dos seus fundamentos para mim neste transitar no serviço de saúde e na academia. O meu trabalho no serviço de saúde me auxiliou a não aceitar uma ciência neutra, e tenho o entendimento que se o meu trabalho agora é científico, tem que ser tão comprometido com a população quanto era como trabalhadora na ESF.

Nesta perspectiva encontro em Edgar Morin a “ciência com consciência de sua complexidade invocando uma ética da compreensão, que aposta em fazer ciência com (cum scientia = consciência) com o outro e consigo mesmo, self –consciente” (MOIGNE, 2010, p.23). Para o alcance deste propósito, ou seja, praticar ciência com consciência trata-se de trazer a metáfora para onde só existe metonímia, de reivindicar para o homem domesticado da ciência o estatuto selvagem de poeta (CARVALHO, 2010).

Edgar Morin no seu livro a ‘inteligência da complexidade’, publicado em 2000, reconhece como o **conhecimento científico moderno se coloca de maneira absolutamente necessária como conhecimento amoral**. O conhecimento científico promove **a disjunção entre a ciência e a consciência no sentido moral do termo**.

Defende Carvalho (2010) uma *ética da tolerância prática* que investe na interdependência, na não-linearidade, na retroalimentação, na cooperação e na parceria das culturas planetárias. Esta compreensão a partir de uma perspectiva radicalmente comprometida com o outro, enquanto agente de cooperação, pode “[...] vir a combinar a mundialização e a diversidade cultural, ou em outras palavras, perceber que a diferença tem a ver com a complexidade da rede Terra, integrante da teia geral da vida” (CARVALHO, 2010, p.115).

O autor nos anima a conceber uma utopia possível e passível de realização, o que “implica numa *política de civilização*, fundada na ética cívica planetária e na convivência com as relações de complementaridade, concorrência e antagonismo que cercam a existência humana” (CARVALHO, 2010, p.116).

O autor propõe “a ideia do homem sinérgico, que aposta na cooperação e na convivialidade, na sincronicidade para o projeto do humanismo, da

responsabilidade e da consciência de pertencimento à Terra-pátria” (CARVALHO, 2010, p.117).

Reivindica a restauração do *sujeito responsável*, como propõe Edgar Morin, praticando-se a *auto ética* articulada à *ética política*, construída a partir dos ensinamentos de Morin: ética do religamento, ética do debate, ética da compreensão, ética da magnanimidade, ética de resistência e incitação às boas vontades (CARVALHO, 2010).

O autor é otimista em relação ao enfrentamento da propagação do conformismo, que o liberalismo mundializado está legando a humanidade. Para tal sugere a promoção de uma revolução radical, com capacidade de superar o dualismo entre a matéria e a vida e [...] reapropriar o sujeito enquanto multiplicidade e unidade de um trajeto antropológico cujo fim permanecerá sempre indeterminado e inacabado” (CARVALHO, 2010, p.117).

A partir deste diálogo com Carvalho (2010) percebo que o desafio ético é grandioso para a sociedade fincada no capitalismo global, mas, também é central identificar os rumos e as possibilidades e traduzi-las na prática cotidiana na saúde. A saúde humana, o cuidado e o conhecimento estão imbricados no Ser que o produz, como ensina Morin:

[...] o conhecimento só pode ser pertinente se ele situar seu objeto no seu contexto e, se possível, no sistema global do qual parte, se ele cria uma forma incessante que separa e reúne, analisa e sintetiza, abstrai e reinsere no concreto (MORIN, 2010, p. 90).

Edgar Morin sugere o paradigma da complexidade, aceitando a reflexividade. Isto é fundamental para o serviço de saúde, tendo em vista que as dinâmicas territoriais são diversas. As transformações acontecem de forma acelerada, bem como a diversidade de problemas.

Acredito que tanto o pensamento complexo como a ecologia de saberes podem se constituir em possibilidades para um aprofundamento teórico e metodológico, como também possibilitar a construção compartilhada de um novo saber, de um novo conhecimento, que está na intersecção. Esta visão, integrada e articulada reivindica um novo pensamento, uma contra epistemologia para superar a fragmentação e atuar de forma a suprir uma necessidade de conhecimento. No cotidiano dos serviços este passo pode ser mais lento e destorcido, tendo em vista as

questões emergenciais que se entrecruzam no ato de cuidar humano, restringindo a ação em saúde, ao ato essencialmente centrado em procedimentos.

Contudo, mesmo que se tenha acesso a uma boa formação, não é possível atuar de forma criativa, autônoma e participativa sem refletir, sem (re)pensar o contexto de práticas e os sujeitos envolvidos nesta relação. Portanto, precisa-se de um serviço de saúde na ABS que atue numa perspectiva crítica do seu processo de trabalho e de cuidar.

Considero que da minha inserção/atuação profissional no PSF no SUS resultou: a) compreensão de que para atuar em saúde pública, essencialmente, eu precisava perceber e me inteirar da realidade, do contexto, do vivido, do instituído nos territórios/comunidades a partir de uma dimensão micro e macro; b) era imprescindível ser capaz de analisar as profundas iniquidades a que estavam expostos os indivíduos e suas famílias.

Acredito que uma aproximação/interação entre a academia e o serviço de saúde pode contribuir sobremaneira no enfrentamento destes desafios. A ecologia de saberes se apresenta como este aporte que abre as possibilidades de interação destes saberes. Não há como estabelecer processos emancipatórios sem reflexividade acerca das práticas cotidianas executadas no encontro de sujeitos. Com o entendimento de que a **“ecologia de saberes não concebe os conhecimentos em abstrato, mas antes como práticas de conhecimento que possibilitam ou impedem certas intervenções no mundo real”** (SANTOS, 2010, p. 60), é que vejo nesta o caminho, o como avançar e gerar um novo conhecimento na ESF.

Reforça Boaventura de Sousa Santos que:

A ecologia de saberes assenta na ideia pragmática de que é necessária uma reavaliação das intervenções e relações concretas na sociedade e na natureza que os diferentes conhecimentos proporcionam. Centra-se, pois, nas relações entre saberes, nas hierarquias que se geram entre eles, uma vez que nenhuma prática concreta seria possível sem estas hierarquias. Contudo em lugar de se subscrever uma hierarquia única, universal e abstrata entre os saberes favorece hierarquias dependentes do contexto, à luz dos resultados concretos pretendidos ou atingidos pelas diferentes formas de saber. (SANTOS, 2010, p.60).

Estes ensinamentos de Boaventura de Sousa Santos (2010) reforçam a ideia, a meu ver, da necessária relação que devemos estabelecer com o paradigma emergente, para avançar na gestação de novos saberes, enquanto práticas e

intervenções que podem alicerçar novos rumos à academia e aos serviços de saúde, em especial o modelo de atenção ESF.

b) A educação é uma atividade do profissional da ESF, mas ele não precisa fazer processos de formação.

Resguardo as críticas que tenho aos processos formativos que vivenciei, seja na graduação, como também na pós-graduação e reconheço a relevância social, política e pessoal de tê-los vivenciado. Sem o acesso e o embasamento que estes processos formativos proporcionaram, eu sequer poderia disparar uma reflexão crítica sobre o vivido – pois o não vivido é abstração. Só posso tecer críticas sobre aquilo que conheci bem.

Saliento, contudo, que a atuação na ESF é imbricada com a ação educativa. No processo de trabalho na ESF, o profissional de saúde deve, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012): Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e participar das atividades de educação permanente; ou seja, este profissional deve exercitar uma prática docente, do seu lugar de atuação como trabalhador da saúde.

O meu trabalho na ESF antecede a PNAB, pois compreende o período de 1999 a 2004, contudo independente da prescrição normativa a ação educativa se impôs e é necessária no encontro individual no consultório, nas visitas domiciliares, nas ações com grupos comunitários, na coordenação da equipe, na capacitação da equipe no trabalho.

O campo da Educação foi apresentado no curso de graduação em uma disciplina de didática aplicada à enfermagem, mas esta não me subsidiava o suficiente para ser uma educadora! Ser educadora sem formação esta é uma exigência que se faz ao profissional de saúde. Eu que cursei uma Residência multiprofissional em saúde da família, não tinha elementos que me subsidiasse no desenvolvimento de processos pedagógicos emancipatórios na condução dos grupos comunitários e da equipe.

Eu sentia falta de discussões que orientasse, por exemplo, **como** estruturar um grupo, fortalecer a participação dos usuários em atividades de grupo e abordar a

formação/capacitação permanente da equipe de trabalho. Eu não sabia *como fazer* educação em saúde com grupos de forma efetiva.

Eu me sentia profundamente inquieta com a pouca articulação, ou talvez desarticulação entre o que se ensinava e o que era necessário ser capaz de fazer! Pouco ensinavam sobre: **como trabalhar em equipe, acolher, trabalhar as relações interpessoais, tecer vínculos com os usuários e entre os profissionais, atuar transdisciplinarmente, gerenciar o serviço e as pessoas, fazer educação em saúde, promover saúde e a consciência cidadã e a responsabilidade sanitária.**

Enfim, ensinava-se a importância e a necessidade disso, com justificativas, mas este caminho era como transitar de uma atuação centrada na doença para uma atuação centrada na saúde. Eu profissional da saúde na ESF teria que descobrir na interação com a comunidade, com o território, com as famílias, com os indivíduos, com os colegas de trabalho, com as minhas reflexões, erros e acertos.

Uma questão desafiante e angustiante neste contexto era: discutir continuamente com a equipe que eu gerenciava no serviço, as más práticas em saúde ou as práticas inadequadas e as implicações disso para os usuários do serviço. Era a vacina feita errada! Era o mau acolhimento! Era o pré-natal, em que não se aferiu a pressão arterial da gestante, ou que não se registrou no prontuário. Era uma infinidade de más práticas que eu precisava gerenciar e transformar em boas práticas, ou práticas de saúde adequadas.

Estes desafios desencadeavam muitas reflexões e uma luta diária para fazer saúde de qualidade no SUS, aguçando o desejo de compreender o que nos move para uma ação comprometida com a vida do outro. Eu via como possibilidade de encontrar respostas estudando e praticando o aprendido, e eu ainda não havia aprendido a responder de forma concreta a tais desafios.

Foi assim este período de atuação como educadora na ESF: os problemas que mais me angustiavam, que mais me faziam sofrer no cotidiano de trabalho não faziam parte da minha formação profissional. Então, eu utilizava a criatividade, o diálogo, a escuta do outro, associada à minha capacidade técnica para descobrir o *como fazer*.

A conversa com as pessoas no consultório, na visita domiciliar, na rua, nos espaços comunitários, tentando descobrir as possibilidades de me fazer clara para

convencê-las da importância dos cuidados com sua saúde, da mudança de atitude, das práticas de cuidado adequadas, foi fundamental para a minha prática educativa.

A ação cotidiana de dialogar, escutar, observar, refletir constituiu na minha principal forma de aprender. Aprendi que, para realizar educação em saúde era necessário muito mais do que o conhecimento técnico-científico. Entendi que era preciso compreender o outro, estar disponível ao vínculo. E isso exigia que eu mergulhasse em mim mesma, para primeiro, me perceber diferente das pessoas e do contexto! Eram necessárias habilidades e conhecimentos outros, constituído de outras formas. Os argumentos científicos não eram suficientes. Era preciso me sentir igual, como humanos, para que juntos aproximássemos uma compreensão acerca do pensar, do sentir e do ser do outro.

Descobri intuitivamente, por meio da *observação, do registro, da escuta* que eu precisava incluir no meu entendimento e no meu fazer as dimensões afetivas, sociais, culturais, simbólicas que estavam presentes no viver daquela gente, para me constituir como educadora em saúde na ESF. E o que seria este incluir, e como fazer isto?

Compreendi que o aprender em saúde não se ensina, se constrói mutuamente, se conhecendo e reconhecendo no espaço do fazer, onde a família e o profissional de saúde acumulam responsabilidades que, necessariamente, devem ser compartilhadas e assumidas por ambos, para que haja ação capaz de promover mudança e, conseqüentemente, saúde.

Muito se questiona sobre a capacidade de realização de ações educativa e sua efetividade na ABS. Só percebi o quanto esta prática docente era insuficiente, quando saí do lugar de enfermeira da ESF e adentrei a Escola de Saúde Pública passando a atuar no ensino na saúde. Nesta inserção no campo da educação pude descobrir novas áreas do conhecimento, que teriam sido tão úteis na minha prática de enfermeira da ESF como: técnicas e métodos para trabalhar com grupos, a educação popular de Paulo Freire, dentre outros temas.

Paulo Freire me ajudou a compreender que perguntar e refletir sobre as perguntas era mais importante do que ter as respostas. Auxiliou-me com seu entendimento que a ação humana e consciente gera transformação da realidade. O autor trouxe-me possibilidades de construir conhecimentos necessários, com alegria

e prazer. Foi assim que atuei no curso de agentes de saúde com a problematização da aprendizagem.

Figura 29: Fotografia registrando aproximação com a educação popular e os ensinamentos de Paulo Freire. Fortaleza/Ceará, 2007.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

A minha participação nesta experiência de ensino na saúde incluía trabalhar com uma equipe de psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, na elaboração do material didático, na formação dos docentes, na supervisão e avaliação do curso. O trabalho era muito diferente. Eu não tocava mais nas pessoas com as minhas mãos, eu não sentia o seu cheiro e não adentrava as suas casas. Mas, as pessoas continuavam a existir, e, cada casa que eu entrei, e cada rosto que vi, e, cada pessoa de quem cuidei estava ali como o alicerce de pensar e propor o curso.

Esta transição do serviço de saúde (ESF) para a academia (docência) me coloca diante do paradoxo: impossibilidade de conciliar a atividade de docente e assistência, pois ambos exigiam 40 horas. Descobri que os professores não tinham contato com o povo e suas realidades, muitos eram recém-graduados ensinando!

Eu sentia falta do povo, das conversas, de atuar diretamente para a melhoria das suas condições de vida e saúde, e neste momento fui percebendo de forma mais clara o distanciamento da academia com o serviço, pois, havia educadores

que não se apropriavam do SUS, desconheciam os serviços de saúde e a realidade das comunidades.

Este processo me ajudou a fortalecer a crença na atuação coletiva e transdisciplinar, considerando a necessidade de inovar e utilizar a criatividade e autonomia buscando a coerência entre sentir, pensar e agir.

Refleti e questionei o papel do educador e considerei que, este deve se colocar permanentemente como aprendiz que enfrenta dificuldades no aprender e no ensinar. Percebi com maior clareza que o acesso à Educação em todos os níveis era mais complexo do que eu imaginava.

O tema da educação fazia parte de tudo o que eu fazia e vivia. Eu *era educadora e educanda*, eu não era professora, mas ensinava. Esta experiência me fez identificar que a mudança de todo esse contexto poderia ser facilitada se houvesse acesso a uma política de educação para todos, porque a partir disso, muitas pessoas vivendo em situação de precariedade, poderiam reivindicar seus direitos e lutar por outro modelo de sociedade.

Sempre me acompanhou o desafio de atuar junto às famílias compreendendo os aspectos ambientais, político, econômico, educacional, social e cultural vivido por elas, pois eu estava imbricada neles. Eu também tinha crenças, valores, sonhos, constituídos a partir de um lugar que era o sertão, e, tudo que ele representava: como a coragem, a resistência, a luta, a convivência com a natureza, a ética, a honestidade, a hospitalidade – um modo de viver, que requeria um esforço cotidiano.

Nas minhas atividades de educação em saúde nos bairros, nas comunidades eu percebia as transformações que iam se dando no entendimento das pessoas sobre seu modo de vida e as implicações da desigualdade social no seu estado de saúde, no entanto era um processo muito lento. Então, eu me interrogava: que aprendizagens seriam necessárias à minha prática de profissional da enfermagem que me possibilitem transformar a realidade de saúde onde atuava?

Adotei como estratégia a realização de visitas sistemáticas a comunidade, ia às casas, andava pela rua, ia onde as crianças tomavam banho e conversava com elas, fotografava e ficava observando o cenário. Os teóricos que eu conhecia como enfermeira de família eram insuficientes para me auxiliar com intervenções que proporcionassem resultados duradouros.

O trabalho com o grupo interdisciplinar na formação dos Agentes Comunitários na Escola de Saúde Pública entrelaçado ao meu trabalho na ESF me ajudou a elaborar o significado de ser um educador comunitário em saúde inserido no serviço, vivendo as necessidades de saúde e sofrendo as consequências das falhas no processo de cuidar e educar.

Acredito que despertar o sentimento grupal de crer no potencial das ações humanas na sociedade, sentir-se 'parte' contribui no desenvolvimento do educador mais coerente, compreendendo e acreditando na ação coletiva e individual, confiando na aprendizagem em quaisquer contextos.

Fui aprendendo a arte de perguntar e atuar de forma mais consciente com os ensinamentos de Paulo Freire na educação, contudo no meu coração permaneciam vivos os desejos de pegar uma criança e fazer uma consulta de puericultura, realizar uma consulta de pré-natal, de conversar com os idosos, ou seja, do contato com as pessoas e suas histórias de vida, pois o contato agora era mais com computadores e papéis e os sujeitos da minha prática, que eram aprendizes como eu de ser docente.

Este processo me permitiu identificar diversas incoerências e dilemas entre as atividades de docência – gestão – assistência – pesquisa no SUS, onde me parece sempre desencontrados, desarticulados, desintegrados num abismo que separa e não une, que pune e não emancipa.

Ser educanda e educadora me auxiliou a compreender *o como aprendi, como ensinava e como fazia educação em saúde*, procurando entrelaçar as formas de aprender que vivenciei, desde a alfabetização até a pós-graduação, e, em que medida eu reproduzia, incorporava, transformava essa vivência no exercício da minha prática educativa e pedagógica na comunidade e na equipe de saúde, que se constituíam em desafios pela sua essência inacabada, incompleta e sistêmica.

Esta experiência de ensinar profissionais de saúde, sejam os ACS, os profissionais da ESF (médicos, os enfermeiros, os dentistas, os técnicos de enfermagem), ou os profissionais da vigilância em saúde epidemiológica, ambiental e do trabalhador, os gestores do SUS trouxeram-me diversas oportunidades de diálogos acerca de realidades e processos de trabalho no SUS na atenção, na vigilância, na promoção, na gestão. A interação da minha prática, enquanto educadora comunitária

com a minha prática de educadora dos profissionais do serviço geraram uma compreensão sobre a abordagem educativa.

Para mim, a abordagem educativa é uma ação de promoção da saúde, pois tem no seu objetivo reelaborar o significado da prática de saúde para os envolvidos, educador e educando. Aprendi que a promoção da saúde, antes de tudo deve partir do contexto e ser realizada para responder as necessidades de saúde de uma coletividade.

O conhecimento científico já não se apresentava como forma suficiente para responder os problemas complexos que vivenciei no SUS. Percebo que são necessários vários saberes. Reconhecer, portanto a diversidade epistemológica do mundo é uma premissa fundamental do pensamento pós-abissal, pensamento este necessário à saúde coletiva. Este pensamento é essencial no reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico, que implica uma renúncia de qualquer epistemologia geral (SANTOS, 2010).

Esta assertiva de Santos (2010) me parece mais condizente com as necessidades das populações no que concerne ao seu direito de ser e saber, nascidos a partir de um reconhecimento do ser humano como dotado de uma capacidade de percepção diferenciada e singular.

Nos escritos de Boaventura de Sousa Santos tem parte intitulada: saberes e ignorâncias, em que Santos (2010) recorre a Ortega y Gasset (1942) para trazer a distinção entre crenças e ideias. Estes autores referem que a distinção consiste entre ser e ter, ou seja, somos nossas crenças, temos nossas ideias. Santos (2010) assinala que é característico do tempo atual o fato de a ciência moderna pertencer simultaneamente ao campo das ideias e ao campo das crenças.

A relação entre crenças e ideias deixa de ser uma relação entre duas entidades distintas para passar a ser uma relação entre duas formas de experienciar socialmente a ciência. Esta dualidade faz com que o reconhecimento da diversidade cultural do mundo não signifique necessariamente o reconhecimento da diversidade epistemológica do mundo (SANTOS, 2010, p.55).

É neste contexto, portanto que a ecologia de saberes é uma contra epistemologia, que procura dar consistência epistemológica ao pensamento pluralista e propositivo que defende Boaventura de Sousa Santos. É nesta perspectiva que trato

o conhecimento relatado, apresentado, exposto, analisado que é objeto e produto desta tese, que é o conhecimento experiencial.

O Conhecimento constituído na experiência assistencial, na gerência do serviço de saúde, na docência representou um saber diferente, que me possibilitou perceber que a transformação da sociedade e minha, enquanto indivíduo, podiam estar relacionadas à imbricação destes processos. Passei a crer que a academia e o serviço de saúde articulados com as comunidades poderiam constituir-se num espaço de possibilidades de elaboração, formulação e fomento a 'novos pensares e fazeres' na saúde coletiva. Ou seja, a partir de um diálogo entre a *experiência, a reflexão e a teorização na elaboração de uma ação transformadora, um conhecimento e uma prática emancipatória*.

A Educação e a Saúde possibilitaram a integração de duas importantes políticas públicas, e, dois direitos pelos quais sempre lutei na minha trajetória pessoal e profissional e que me fizeram caminhar na direção de um conhecimento emancipador.

c) A pesquisa tem métodos que pertencem à outra ordem, que nega tudo o que representava para mim o cuidado em saúde, que necessariamente precisa ser implicado.

A experiência na atenção à saúde e no ensino me fizeram ter uma compreensão da pesquisa, ainda incipiente. Fiz, portanto, a opção pela prática de pesquisa, porque compreendi nesses espaços como um potencial significativo de transformação das práticas em saúde, tendo em vista a sua interdependência com a prática docente.

A abordagem de temas tais como: desenvolvimento local; desenvolvimento sustentável; desenvolvimento comunitário; diferenças entre sociedade e comunidade; a questão ambiental, em especial a água; atenção primária ambiental; economia solidária; saúde e ambiente; saúde do trabalhador; ampliaram a minha compreensão da necessidade de propor estudos de pesquisa que considerassem a complexidade.

Eu já havia concluído duas especializações, sendo uma residência, mas eu sentia a necessidade de ter acesso aos métodos, aos conhecimentos que eu não

conseguiu, até então, para trazer outros elementos para responder diversas questões que me acompanhavam

Eu guardava comigo a recordação de diversos limites na minha atuação na ESF por mais que eu trabalhasse com afinco. Eu percebia muitas coisas difíceis de intervir: *miséria, prostituição, drogas, falta de saneamento básico, moradia inadequada, violência doméstica, analfabetismo, alcoolismo, dentre tantas outras coisas que estavam relacionadas à saúde!*

Então, eu realizava visitas domiciliares, consultas, atividade de grupo, lia os prontuários, ia às escolas, conversava com os professores, fazia palestras, analisava dados, traçava o perfil epidemiológico, programava ações, mas algumas questões pareciam imutáveis.

Uma questão da época, ainda atual era a destinação do lixo. Empreendi uma luta para conseguir um local de destino adequado para o lixo do distrito. Havia a necessidade de separar o lixo, isto era central, porque tinha algumas pessoas muito pobres, que viviam do lixo, por exemplo, um usuário do serviço de saúde, que era portador de hanseníase, que era doença básica de cuidados! Enfim, com empenho coletivo, conseguimos estabelecer diversas parcerias, dentre elas, com a igreja, que doou o terreno e com o centro cultural que nos facilitou a integração comunitária; realizamos *diversas ações como* mutirão de limpeza, gincanas com as escolas, parcerias com bancos, que financiaram a compra de equipamentos de proteção individual para os catadores, dentre outros órgãos, para implantar a coleta do lixo e destino final adequado. Foram muitos meses de trabalho, o carro passava e recolhia o lixo, mas eu não percebi nenhuma melhoria na vida das pessoas que viviam do lixo.

Quando fui à busca da pesquisa, enquanto atividade tinha a intencionalidade de abordar questões complexas como estas, citadas acima. Eu não pretendia ser uma especialista em um tema. Eu queria encontrar respostas no conhecimento para aqueles problemas.

Ressalto, todavia, que não havia a possibilidade de acesso ao Mestrado em Saúde Pública para mim, se a minha escolha fosse ser enfermeira na ESF numa comunidade rural. Perceber que chegava um momento em que o serviço e academia não podiam nem sequer acontecer de forma simultânea na vida profissional de quem estava na atenção à saúde no interior, numa comunidade rural no Estado foi indignante. Poderiam outros, investigar, analisar, explicar os problemas do território

com seus métodos e técnicas de pesquisa, contudo eu, que atuava nele, e, o conhecia profundamente, estava implicada com a vida das pessoas não podia pesquisá-lo!

Ou eu escolhia a atenção e desistia do universo da pesquisa, que se apresentou como uma necessidade para continuar no exercício do meu labor na ESF. Ou eu ia para a academia ou ficava no serviço de saúde, numa comunidade rural. Este paradoxo que separava os que pensavam dos que atuavam nos serviços primários nos lugares onde estes serviços eram mais necessários, como eram os territórios rurais me causou indignação e revolta. A concentração dos programas de pós-graduação na saúde coletiva era restrita a capital do estado, evidenciando mais uma vez a dificuldade de acesso ao ensino e a pesquisa para quem estava distante dos grandes centros urbanos.

Nesta época, a percepção da pesquisa científica que eu tinha era desta pesquisa quantitativa, alicerçada no saber técnico, e, que não me ajudaria a mudar as realidades de onde eu atuava. Eu sempre utilizei os dados e a epidemiologia foi muito importante para mim como ferramenta de trabalho para organizar a gestão do cuidado, mas não para o ato de cuidar em si. A epidemiologia consistia em um dos eixos essenciais para o meu trabalho na ESF e com uma apropriação que supria as minhas necessidades de conhecimento para intervir e resolver problemas. Eu não sentia a necessidade de sair do meu lugar de profissional de saúde para fazer um estudo epidemiológico. O que eu precisava em termo de formação, era de algo a mais para atuar em saúde considerando que haveria outros ensinamentos e outras técnicas, e, eram estas que me interessavam. Não busquei me tornar uma epidemiologista, porque a intervenção e a participação eram centrais para mim, como fontes de conhecimento.

Neste contexto, de ter uma clareza dos rumos que orientasse minha prática de pesquisa compreendi durante o curso de mestrado os princípios da ciência clássica, ou pensamento clássico como se refere Edgar Morin, listados a seguir:

- (i) lei universal geral que não comporta o local e o singular;
- (ii) desconsideração do tempo como processo irreversível;
- (iii) simplificação, redução ou elementaridade;
- (iv) ordem-mestra; causalidade simples e exterior aos objetos;
- (v) organização (relação parte-todo);

- (vi) disjunção entre objeto e meio;
- (vii) eliminação da noção de ser e de existência;
- (viii) confiança absoluta na lógica para estabelecer a verdade intrínseca das teorias, uma vez que elas estão fundadas empiricamente nos procedimentos de verificação.

Estes princípios me causaram estranheza, pois pesquisar com estes princípios significava uma prática contrária a tudo o que tinha me esforçado para ser no SUS. Aproximei-me do pensamento complexo que detém a sua crítica em relação ao conhecimento da ciência moderna, porque concordo com a análise do autor e me somo na tessitura de uma ciência que valorize e reconheça os princípios que Morin ensina na epistemologia da complexidade.

Descobri neste retorno à Universidade, enquanto pesquisadora que é preciso reconhecer os graves problemas que os *princípios do conhecimento científico* fecundos à época do seu nascimento apresentam no contexto atual. Reforça Edgar Morin, que na contemporaneidade a enorme produção de saber para suprir necessidades e demandas de instâncias anônimas, seja da empresa ou do Estado sem reação, ocasionará a produção de um saber para não ser pensado, refletido, discutido entre os seres humanos, mas essencialmente para ser armazenado pelas instâncias anônimas e manipulado por estas (MORIN, 2000).

Então, eu me deparei com questionamentos sobre o significado do mestrado e do doutorado: porque cursá-los? Será se haveria possibilidades outras, que eu desconhecia? Comecei um esforço para repensar o conhecimento e o método científico, que eu estaria doravante a defender e praticar, como produtora de conhecimento na saúde. Almeida Filho (2011) caracteriza a saúde como um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático.

A saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas) (ALMEIDA, FILHO, 2011, p. 26).

Cabe-me uma responsabilidade como pesquisadora do campo da saúde coletiva, em especial da saúde da família na interface com a saúde-ambiente-trabalho,

que é a de reformular as minhas leituras analíticas e explicativas do processo saúde-doença tomando como base referenciais epistemológicos que tencionem na direção de uma *descolonização do ser, do saber e do poder como propõem Edgardo Lander, Aníbal Quijano e Catherine Wash.*

Cito para ilustrar este pensamento, Catherine Walsh, que afirma a existência, nas últimas décadas, de uma luta dos movimentos sociopolíticos ancestrais reforçando uma insurgência política e epistêmica que está trazendo novos caminhos para os povos tradicionais e para o conjunto da população. As características desta insurgência epistêmica radicalizam o modo de pensar, como orienta Edgar Morin, concretizando-se a reforma do pensamento, que nas palavras da autora:

[...] manifestación de su insurgência política que es, a la vez, una insurgência epistémica; epistémica no solo por cuestionar, desafiar y enfrentar lãs estructuras dominantes del Estado – las que sostienen el capitalismo y los intereses de la oligarquía y del mercado – sino también por poner em escena lógicas, racionalidades y conocimientos distintos que hacen pensar el estado y la sociedade de manera radicalmente distinta (WALSH, 2008, p. 134).

Percebo, com efeito, que já se instaurou um processo de descolonialidade na América do Sul, sendo fundamentais as elaborações dos referenciais desta base epistêmica, como o *bienvivir*. Contudo, neste texto não adoto esta perspectiva por uma limitação do meu tempo para apreender este referencial teórico. Reconheço, com efeito, que a complexidade e ecologia de saberes já fornecem bases consistentes para constituir avanços nas práticas de saúde emancipatórias.

Considero fundamental ter uma base epistemológica que reconheça a pluralidade e considere no desenho metodológico das pesquisas as questões complexas, aceitando que devem ser estudadas e pesquisadas. Para tal exige uma ruptura com o modelo de ciência hegemônica e avanço na construção de outra ciência, que alguns autores têm nomeado de ciência engajada.

Carvalho (2010) em diálogo com Edgar Morin assinala que é imperativo *admitir a incerteza* diante da irreversibilidade dos efeitos advindos dos processos vividos na atualidade. Admitir a incerteza, na visão de Carvalho (2010) encerra uma atitude que permite vislumbrar no plano das ideias a possibilidade de uma **ecologia das culturas**, subsidiada por uma verdadeira “reforma paradigmática” capaz de dar

um basta à “idade de ferro planetária”, na qual a desordem acumulada pode conduzir, inexoravelmente, ao caos.

Edgar Morin propõe sete princípios guias complementares e interdependentes para pensar a complexidade em contraposição ao paradigma hegemônico, a saber:

- (i) o princípio sistêmico ou organizacional;
- (ii) o princípio hologramático;
- (iii) o princípio do círculo retroativo;
- (iv) o princípio do círculo recursivo;
- (v) o princípio da auto-eco-organização: autonomia e dependência;
- (vi) o princípio dialógico;
- (vii) o princípio da reintrodução do conhecimento em todo o conhecimento.

O pensamento complexo apresenta possibilidades teóricas que são fundamentais ao entendimento da atuação na saúde coletiva, que precisa lidar com problemas complexos.

Um aspecto central da crítica de Morin à ciência clássica refere-se a **expulsão do local e do singular**, já que neste pensamento só há ciência no geral, o que leva o autor a radicalizar com a inserção do local e do singular na ciência, conforme dito em suas palavras:

A singularidade está, doravante, profundamente inscrita no universo; e vale para um universo singular onde aparecem os fenômenos singulares, e o problema consiste em combinar o reconhecimento do singular e do local com a explicação universal. O local e o singular devem cessar de ser rejeitados ou despejados como resíduos elimináveis (MORIN, 2000, p. 49).

Outro ponto que me parece importante frisar é o tetragrama *ordem-desordem-interações-organização*, sugerido pelo autor. Este se assenta na ideia de que qualquer explicação, como também de qualquer inteligibilidade não poderá jamais encontrar um princípio último (MORIN, 2000).

O autor sugere que tudo “[...] aquilo que é vivo e a *fortiori* tudo aquilo que é humano devem ser compreendidos a partir de um jogo complexo ou dialógico da endoexocausalidade” (MORIN, 2000, p.55). Destaca que:

[...] o interessante é ver a espiral, o anel de reforço de causas endógenas e causas exógenas, que faz com que um dado momento, o fenômeno se desenvolva numa tal direção mais do que numa outra, ocorrendo, desde o início, virtualidades de desenvolvimento múltiplo (MORIN, 2000, p.55).

Este movimento em espiral defendido por Morin (2000) me parece extremamente interessante para apoiar a compreensão sobre o processo saúde-doença, que está sempre ocorrendo a partir de uma interação do ser humano com o ambiente em que vive e de si consigo no interior de seus subsistemas. Auxilia-me de forma excepcional a visão de Morin para a leitura da saúde humana.

Assumo uma motivação pessoal e profissional para me comprometer eticamente com a vida humana. Neste sentido, a minha atuação como pesquisadora da saúde coletiva, com foco nas práticas de cuidado em saúde, precisa estar em constante exercício analítico teórico e metodológico, que considere o contexto contemporâneo. Assim, dá-se, para mim, a produção de sentidos de atuar na pesquisa, em repostas ao sofrimento humano e em repostas a uma necessidade concreta da tríade *indivíduo-sociedade-espécie*, que reconheço como forma de estar no mundo.

A indagação de como está a maturação no âmbito da saúde coletiva acerca das formas de pesquisar e produzir conhecimento sobre a realidade persiste em mim. Acredito também, que há um esforço de promoção de uma *nova cultura científica* em concordância com Morin (2010) na saúde coletiva brasileira. Adoto, portanto como um conforto teórico e como eixo central para novas práticas em saúde, a ecologia de saberes pela sua abertura, que me facilita integrar os conhecimentos - o saber oriundo de todo o processo vivido na minha atuação no campo da saúde coletiva.

1.3A ruptura com o pensamento clássico gestada nas práticas em saúde no SUS e a defesa da contra epistemologia na saúde coletiva

A minha prática profissional na ESF/SUS foi rica de contradições, paradoxos, incertezas e possibilidades. Sempre atuei na saúde da família considerando o inesperado como inerente ao processo de trabalho. Fui aprendendo que estas características compõem processos de mudança e transformação,

principalmente quando se tem em mente um novo modelo assistencial, uma nova abordagem de cuidado em saúde, novas práticas e necessidades de saúde.

Estes aspectos requerem inovação e criatividade para que o trabalho em saúde tenha resultados e mantenha-se prazeroso. Eu sentia prazer de realizar as consultas de enfermagem, ouvir por diversas vezes a mesma pessoa, e, cada vez tentar abordar um ângulo diferente, enxergar algo ainda não visto. Eu gostava de ver as casas de perto, os objetos, os quintais, os animais domésticos, as pessoas. Eu considerava muito interessante as análises que as pessoas faziam de determinados agravos à saúde, do valor/significado que atribuíam à vacinação ou à consulta do médico.

Houve um caso muito interessante de uma mulher, que havia tido nove filhos, e, quatro haviam morrido, estava novamente grávida. A ACS chegou para mim e relatou que a Dona Maria Carro Pipa estava grávida e, que jamais havia feito consulta de pré-natal. Eram paupérrimos, casa de taipa, analfabetos e sujos. E pediu que eu fosse realizar uma visita, pois a ACS não havia convencido a dona Maria a realizar o pré-natal. Ouvi a conversa e fui à casa de Dona Maria. Fui a pé, andando, de longe enxerguei que a porta estava aberta. De repente a porta se fechou. Cheguei à casa e chamei por Dona Maria. Um silêncio foi a única resposta. Acho que fiz isto quatro vezes, na quarta entreabriu a porta e me olhou. Apresentei-me e disse que gostaria muito de conhecê-la e conversar com ela. Eu via uma mulher pequena com a barriga já grande e o medo estava nos seus olhos... Eu sabia que as pessoas do sertão, por vezes tinham medo de estranhos, podiam ser malfeitores e se escondiam. Então, aos poucos convenci Dona Maria a ir ao posto de saúde, realizar sua consulta de pré-natal, pois o chão de barro, sujo, duro e irregular fez-me hesitar de deixá-la e consultá-la ali na sua casa. Por vezes eu fazia consultas de pré-natal em comunidades rurais distantes nas casas das pessoas. Consegui colher exames laboratoriais de Dona Maria, que diagnosticou sífilis... Não havia mais tempo, e, o bebê nasceu com sífilis congênita em casa. Na visita, antes de sete dias de vida, estava o bebê muito doente e havia que ser internado ou morreria. Conversei com Dona Maria, que autorizou o internamento da criança. Contudo, ela não poderia deixar os outros filhos. A ACS era solteira, convenci-a ficar no hospital com a criança. Estava tudo certo! Aquele bebê não iria morrer! Não desta vez!

Agora mais uma conversa com o secretário de saúde para providenciar o carro. Ele disse que não podia liberar o carro, porque o carro ia a Fortaleza com uma pessoa para uma cirurgia eletiva. Indignei-me, argumentei que o carro poderia ir a Fortaleza via município do Crato, que a mortalidade infantil era prioridade, que ele não podia deixar aquela criança morrer. Foi uma longa discussão e ele permanecia irredutível. Fui até o motorista e disse-lhe que tinha que ir pelo Crato para levar a criança. Argumentou que a viagem ficaria mais longe. Falei a todos que se a criança morresse denunciaria a secretaria de saúde, o secretário de saúde e o motorista pela morte da criança. O secretário ficou em silêncio e entrou na sua sala e eu desci até a rua e entreguei as referências da criança ao motorista para levar a criança para internar. Assim foi feito! Este bebê não morreu neste mês. Mas, ainda neste mês pedi demissão deste município e este bebê morreu aos dois meses de vida.

Esse é um exemplo do que eu via e vivia na atuação em saúde que me gerava reflexão e a busca de um novo ponto de partida para abordar os problemas, mesmo sem garantia de êxito. Este contexto de incerteza foi vivido há 15 anos: eram muitas as dúvidas: saberei argumentar com esta mulher? Como farei? Esta mulher fará o pré-natal? A criança sobreviverá à sífilis congênita na pobreza e na falta de higiene? Como é possível o Secretário de saúde não viabilizar imediatamente o transporte, até mesmo porque a mortalidade infantil era prioridade?

Então, eu agia sem a clareza de que estava realizando o movimento adequado ou inadequado, mas com a certeza de que o meu compromisso era com a vida humana, principalmente com a vida dos mais vulneráveis.

Reconheci que as contradições e os paradoxos estão presentes em todos os problemas. Atuar de forma a garantir a saúde digna, com integralidade e equidade, no serviço de saúde sempre me inquietou, pois nem sempre consegui.

A minha busca pela ciência consistiu em tentar identificar possibilidades de atuação nestes aspectos contraditórios. A pesquisa em saúde precisa estar embasada numa lógica complexa que consiga analisar, explicar, evidenciar situações como estas. Existiria uma possibilidade científica que auxiliasse o profissional de saúde numa situação complexa, para além da epidemiologia e da clínica. Importante, mas um saber inútil nestas situações.

Tenho o entendimento de que a ESF precisa de abordagem de pesquisas complexas, que recrie e inove em termos de métodos, que possam gerar conhecimento que sustente práticas emancipatórias.

Ao adentrar o universo da ciência, acreditava ainda, que conseguiria responder a todas as minhas inquietações com o conhecimento científico. Descubri com esta aproximação, os limites e as possibilidades do conhecimento científico, a partir da teoria, pois na experiência já estavam claras todas as insuficiências deste conhecimento, enquanto saber. Identifiquei outras dimensões que o conhecimento científico jamais poderia abordar quando iniciei meu diálogo com a epistemologia.

Situações vividas na ESF, como o caso de Dona Maria, que fiz um movimento de envolvimento de diversos trabalhadores da saúde na intencionalidade de cuidar da saúde de uma criança, seria um ato irrefletido ou irresponsável cientificamente falando? Ao estudar a teoria científica fui questionando aspectos da abordagem científica clássica, com os quais eu não podia entrar em harmonia.

Esta e muitas outras histórias semelhantes ou ainda piores eu tenho na memória. Considerando, pois, estas experiências e o que elas me exigiam busquei o conhecimento da epistemologia e fui percebendo no pensamento de Boaventura de Sousa Santos possibilidades, por meio da ecologia de saberes. Identifiquei nesta contra epistemologia uma proposição diferenciada que pode contribuir do ponto de vista epistemológico, metodológico, teórico e científico para apoiar a processos de pesquisas inovadores.

Inovar em pesquisa social em saúde é essencial às práticas emancipatórias na ESF. A pesquisa tem a função de subsidiar os profissionais de saúde para articular e mobilizar um conjunto de saberes e intervenções com vistas a um resultado em saúde, considerando os contextos de vulnerabilidades.

Não se trata de administrar uma injeção, não é um procedimento. São múltiplas relações de poder, saberes, metodologias, necessidades que intuitivamente gerenciei da forma como descrevi, contudo, a reorientação do modelo assistencial requer uma base epistemológica permeável à diversidade e à pluralidade de contextos locais que subsidie as práticas.

Neste sentido encontro ressonância no pensamento pós-abissal que reconhece que a diversidade epistemológica do mundo continua por construir,

destacando que esta é inesgotável e que continua desprovida de uma epistemologia adequada (SANTOS, 2010).

As leituras dos conceitos propostos por Boaventura de Sousa Santos, no início eram áridas e cansativas para uma enfermeira com quase nenhuma base filosófica/sociológica. Todavia encontrava ressonância entre os meus anseios e as proposições teóricas do autor. Ainda com pouco adensamento epistemológico ousei empreender um esforço para articular e entretecer o diálogo entre o vivido e o teorizado. Acredito que isto é central no âmbito da ecologia de saberes e isto se consubstancia em uma necessidade essencial na minha visão de produção de conhecimento científico.

Deixo claro que não sou nenhuma *expert* em epistemologia nem em ciência – sou sujeito aprendente, e é assim que me coloco neste diálogo, como detentora de um saber, que dentro de uma visão de ecologia de saberes tem relevância acadêmica, social e política.

Faço, portanto, neste capítulo, um esforço intelectual com a intencionalidade de apontar alguns aspectos do pensamento de Boaventura de Sousa Santos, visto que no meu entendimento há a necessidade de uma racionalidade crítica que favoreça a valorização da dimensão positiva da saúde – a vida, para a produção de novos conhecimentos em saúde, por meio da utilização de novos métodos.

Nesse sentido um ensinamento relevante de Guimarães Rosa, um grande poeta brasileiro é o seguinte:

Mas em termos de paradigmas devemos recordar que:

As coisas mudam no devagar depressa dos tempos.

Considerando a temporalidade como essencial nas rupturas paradigmáticas, e, aceitando, que neste processo, semeio possibilidades na elaboração do pensamento científico e crítico em saúde é que, acredito que estas discussões possam trazer alguns elementos para a pesquisa científica no âmbito da saúde coletiva com vistas a uma transição paradigmática.

Anseio por integração e articulação de saberes e práticas na pesquisa, ou seja, na produção do conhecimento, que no local, no território, promove, conjuntamente, com os sujeitos, conhecimento e mudança.

Esta aproximação com o universo da pesquisa me conduziu a novos sonhos e perspectivas profissionais, que eu jamais pensara. Esta foi uma das dimensões fundamentais para eu me constituir como pesquisadora. Entrar em contato com a ciência e me tornar cientista na saúde coletiva aconteceu, portanto, num emaranhado de constrangimentos, estranhamentos e reconhecimentos que foram necessários neste processo de anos, que me levaram a uma posição crítica ao modelo hegemônico de ciência praticada dentro da comunidade científica na saúde no Brasil.

Reconhecer a epistemologia como essencial na vida prática, se dá numa dialética entre a empiria e a teoria, entre a literatura e ciência, entre a vida e o trabalho no sertão, entre a vida e a morte, entre o cuidado em saúde na ESF de sãos e de doentes.

Ou seja, a prática no serviço de saúde requer ação, intervenção, compromisso ético político e responsabilidade sanitária em ato, no encontro humano cotidiano foi um passo essencial para a minha compreensão do universo da epistemologia e da ciência.

A necessidade prática de um “modelo explicativo ” me faz ter uma percepção acerca dos limites e desafios praticamente insuperáveis, e buscar outras formas de saber e de práticas no conhecimento científico. Defendo uma epistemologia contra hegemônica, como uma pessoa que exercitou cotidianamente, a implantação de uma política de saúde na sua dimensão operacional nos territórios/comunidade.

A dimensão do SUS, denominada ABS, recomenda que o profissional da saúde deve considerar o sujeito (usuários do SUS) em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, **do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social** (BRASIL, 2012, grifo meu).

Comungo de tal proposição, mas reconheço que ela requer um saber/conhecimento que ainda é insuficiente do ponto de vista da formação humana dos profissionais da saúde. Ressalto, todavia, que mesmo sendo “lá do interior do mato”, nesta sociedade, foi possível alcançar a ciência que não é para todos e torná-la mais próxima da crítica e da vida dos que dela tanto precisam.

Everardo Duarte Nunes no prólogo do livro *Epidemiologia Crítica* de Breilh, publicado em 2006, destaca que já há estudiosos nesta linha na saúde coletiva e este

traz as contribuições mais recentes da nova epistemologia da ciência, por Edgar Morin e Boaventura de Sousa Santos. Breilh (2006) de forma sintética dá relevo a quatro linhas de inovação da ciência e de seu método, considerando o pensamento de Edgar Morin e Boaventura de Sousa Santos, citadas a seguir:

- ✓ A luta contra o reducionismo empírico e formal quantitativista;
- ✓ A luta contra o predomínio da racionalidade eurocêntrica e androcêntrica, contra a uniculturalidade da ciência;
- ✓ A luta contra o predomínio de teorias que poderíamos chamar totalizantes, ou de mega-relatos impositivos;
- ✓ A luta por uma reformulação da relação entre o conhecimento acadêmico, que é tomado por expressão única do saber científico e o conhecimento popular.

Paim e Almeida-Filho (2010, 2014) também destacam a necessidade de construção de um marco teórico-conceitual, capaz de reconfigurar o campo social da saúde, atualizando-o em face das evidências do esgotamento do paradigma científico hegemônico que sustenta as práticas de saúde.

Neste contexto, Boaventura dos Santos e Edgar Morin, que apresentam um pensamento centrado na valorização dos saberes presentes em distintos grupos sociais, especialmente os saberes não hegemônicos, que identificam novas categorias na interação entre as diversas disciplinas, como também, reconhecem na relação humana com a natureza outras possibilidades de gerar vida, e, consideram outra perspectiva na relação sujeito-objeto no ato da pesquisa trazem aportes essenciais.

A meu ver estes aspectos são alicerces fundantes para a estruturação de um pensamento em saúde no contexto, que opto, que é o de conceber e fazer pesquisa colaborativa, participativa, contextualizada, comprometida com a transformação social, reintegrando o sujeito reflexivo e crítico no ato de pesquisar.

Boaventura de Sousa Santos, no seu livro “A crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência”, publicado em 2009 realiza uma crítica ao paradigma científico da modernidade ocidental, trazendo novos aportes teóricos e

analíticos para repensar a ciência, sugerindo que estamos em uma transição paradigmática.

Formula o autor, que as implicações na definição de uma transição paradigmática seria a “definição das lutas paradigmáticas, ou seja, das lutas que visam aprofundar a crise do paradigma dominante e acelerar a transição para o paradigma ou paradigmas emergentes” (SANTOS, 2009, p. 19). Reconhece, porém que esta transição é um objetivo de longo prazo, contudo, reforça que as “lutas sociais, políticas e culturais, para serem credíveis e eficazes, têm de ser travadas a curto prazo, no prazo de cada uma das gerações com capacidade e vontade para as travar” (SANTOS, 2009, p. 19).

Para o autor, estas lutas seriam *subparadigmáticas*, na medida em que, ainda admitir-se-ia o paradigma dominante. Destaca, porém, que a sucessão destas lutas e a acumulação das frustrações aprofundarão a crise do paradigma dominante, “mas, em si mesmas, pouco contribuirão para a emergência de um novo paradigma ou de novos paradigmas.” (SANTOS, 2009, p.19).

Edgar Morin (2000) também reconhece a hegemonia do velho paradigma tecendo críticas à ciência moderna, mas anuncia um novo paradigma, intitulando-o de paradigma complexo ou da complexidade, assinalando em relação ao velho paradigma:

Creio estarmos numa época em que temos um velho paradigma, um velho princípio que nos obriga a disjuntar, a simplificar, a reduzir, a formalizar sem poder comunicar aquilo que está disjunto e sem poder conceber os conjuntos ou a complexidade do real (MORIN, 2000, p.41).

A compreensão de Santos (2009) é de que a natureza da revolução científica atual é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI, e a partir disso designa o **paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente**, considerando que:

[...] uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não poder ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente) (SANTOS, 2009, p.74).

Guardam, a meu ver semelhanças e complementaridades Boaventura de Sousa Santos e Edgar Morin quanto ao entendimento da transição paradigmática, como também à crítica a ciência clássica. Com efeito, afirma Edgar Morin, que:

[...] o mundo do paradigma é evidentemente qualquer coisa muito importante que merece ser estudado em si mesmo, mas sempre sob a condição de abri-lo sobre o conjunto das condições socioculturais e de introduzi-los no coração a ideia de cultura. O paradigma que produz uma cultura é ao mesmo tempo o paradigma que reproduz essa cultura (MORIN, 2000, p.67).

O paradigma complexo pode compreender o humano ao mesmo tempo em associação e oposição à natureza assinala Morin (2010). O autor reporta-se criticamente a Kuhn quanto à definição do termo, que o utilizou no sentido original anglo-saxão de “princípio fundamental”, e propõe:

[...] um sentido intermediário entre seu sentido linguístico e seu sentido Kuhniano, ou seja, que esse princípio fundamental se define pelo tipo de relações que existe entre alguns conceitos mestres extremamente limitados, mas cujo tipo de relações controla todo o conjunto de discursos, aí compreendida a lógica do discurso (MORIN, 2000, p. 67).

Com esse entendimento defende que estamos vivendo numa época de mudança de paradigma, tal como o faz Boaventura de Sousa Santos. Reforça que os paradigmas são os princípios dos princípios, ou seja, algumas noções mestras que controlam os espíritos e comandam as teorias, sem que estejamos conscientes de nós mesmos.

Neste contexto, Edgar Morin apresenta uma ciência, que no meu entendimento tem possibilidades de contribuir significativamente com a saúde coletiva, enriquecendo-a na perspectiva de uma contra epistemologia. A meu ver, estes autores podem se constituir em alicerces necessários à crítica e a proposição de novos modos de atuar no SUS. Nas palavras de Morin:

[...] estamos num período de **gestação de uma ciência com consciência, e para tal aposta-se não só na ciência, mas sobretudo na política e na humanidade, humana no sentido que concerne, talvez o futuro da humanidade** (MORIN, 2000, p. 41, grifo nosso).

Com efeito, o pensamento do autor, quando trata de política e humanidade, traz embutida em si uma perspectiva de ciência capaz de ter uma interlocução concreta com estas dimensões, pela própria complexidade defendida pelo autor – ou seja, não disjuntar nem política, nem ciência, nem humanidade.

Os aportes da experiência auto interpretada, a partir da epistemologia do pensamento prudente e do pensamento complexo auxiliaram-me neste percurso teórico-metodológico. Ancorei a hermenêutica na conjunção que sempre cultivei: *como, com vistas a obter respostas práticas do conhecimento científico e da epistemologia, que ora apreendo*. Todo o meu pensamento está ancorado em

perguntas, dúvidas e incertezas, mas também, em compromisso, ética, humanidade, ciência, vida, direito, justiça social, sendo este o cerne da minha defesa da ecologia de saberes como um pensamento necessário para a atuação na saúde coletiva nos tempos atuais.

Destaco, com efeito, que a minha inserção na pesquisa se deu após uma trajetória no serviço e no ensino na saúde. A apreensão da pesquisa, portanto, foi tecida na minha formação de pesquisadora, num diálogo permanente com o mundo da vida. O meu encanto com a pesquisa foi nutrido a partir do encontro da ciência com o povo. As experiências na ESF, como também na Educação me auxiliaram na compreensão de uma ciência e de uma prática de pesquisa necessariamente transformadora.

1.4 Os contextos territoriais locais e globais de iniquidades em saúde como afirmação da necessidade da produção de conhecimento científico solidário na saúde

A partir do exposto acerca dos novos paradigmas, ou paradigma complexo e emergente, acredito ser essencial na constituição do meu pensamento sobre a saúde humana reconhecer: as práticas de ensino e pesquisa, como produtoras de conhecimento transformador; Os usos do conhecimento científico com compromisso ético-político em prol dos mais pobres; e a articulação do saber aprendido na assistência no serviço público de saúde, convivendo com um intenso processo de desigualdade social, que aclarava o processo de determinação social da saúde-doença na defesa de uma ESF com subsídio teórico-prático que gere mudanças na situação de saúde.

A experiência na formação dos agentes comunitários de saúde (ACS), bem como dos profissionais enfermeiros, médicos e dentistas da ESF e gestores do SUS, em diversos cursos básicos, técnicos e de pós graduação utilizando metodologias ativas, centradas nos sujeitos, e, portanto nas suas experiências; e a vivência da pesquisa ação e da pesquisa epidemiológica crítica em territórios de vulnerabilização relacionados a processos produtivos danosos à saúde e ao ambiente me apresentaram uma pluralidade de desafios.

Escutar os ACS de Angola e identificar os desafios na saúde naquele País intensificaram meus anseios de ser capaz de mudar realidades com o conhecimento científico, que era tão necessário para aquelas pessoas. Na figura 30 há o registro de um momento de troca de saberes e experiências de como constituir associações, união e integração para gerar mudança em saúde. Estou falando de organização comunitária e os ACS falam de um governo ditatorial e das necessidades de saúde do povo angolano.

Figura 30: Fotografia de atividade de pesquisa de campo, registrando uma conversa com os agentes comunitários de saúde. Cacuaco/ Angola, 2010.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

A minha atuação na ESF foi marcada pelo gosto de investigar, descobrir e recriar os métodos, os instrumentos e as técnicas de abordagem para compreender e atuar nos problemas. Foi desta forma que atuei junto aos ACS do Ceará e de Cacuaco, e junto a comunidades e equipe de saúde.

Ponto, primeiramente, que a distância existente entre a academia e o serviço foi um elemento que fez com que eu só tivesse a oportunidade de integrar grupos de pesquisa e participar de projetos quando ingressei no mestrado. Até mesmo como docente na ESP/CE, que compreende o período de 2005, 2006 e 2007 eu jamais integrei qualquer grupo de pesquisa.

Esse universo era muito desconhecido para mim. Eu atuava numa perspectiva de cuidar, ou de educar, mas não de pesquisar produzir conhecimento. Nesse sentido, sou aprendiz de pesquisa e participar dos projetos de pesquisa contribui muitíssimo para o meu aperfeiçoamento profissional como pesquisadora.

O Mestrado em Saúde Pública consistiu numa necessidade de aperfeiçoar a minha prática docente e a busca de um conhecimento sobre saúde coletiva, que eu

reconhecia não saber. Eu acreditava que avançaria muito nas respostas aos meus anseios de aprendizagem, enquanto estudante, desejosa de ter uma prática mais próxima das necessidades de aprendizagem dos profissionais do SUS. Reconheço, no entanto que o mestrado trouxe muitas outras possibilidades, que eu sequer imaginava, por desconhecer quase que integralmente a Universidade.

Figura 31: Fotografia com participantes do Núcleo Tramas na ocasião da defesa de dissertação de mestrado em saúde pública, registrando o ingresso oficial na ciência. Fortaleza/Ceará, 2010.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Adentrar ao universo da ciência ocasionou a opção de cursar o doutorado e a ciência foi se estabelecendo como o meu novo trabalho. Para tal, precisava conhecer, aprofundar, exumar as suas entranhas; ou seja: tocar, sentir, ver como esta serve à humanidade, e, me fazia sentir que eu continuava com minha vocação de cuidar da vida. Neste processo cada vez mais se tornou necessário o saber epistemológico, teórico e metodológico.

As disciplinas no mestrado sobre métodos e técnicas de pesquisa foram o primeiro contato de forma sistemática com aprofundamento teórico e epistemológico de como nasceu método científico e seus princípios científicos. Eu já havia cursado disciplinas de metodologia científica, mas não tinha discutido, questionado o método científico, compreendido as rupturas entre a filosofia e o conhecimento científico. Pude conhecer o método científico e as técnicas de forma mais apurada e coloquei em prática a partir deste lugar de pesquisadora crítica da ciência e dos seus métodos. Isto porque eu não era “pesquisadora pura”, eu não era acadêmica, eu era alguém que gostava de estudar e buscar respostas para os problemas do povo que eu tinha obrigação enquanto profissional de saúde pública de oferecer alguma alternativa para melhoria da qualidade de vida.

Na atuação na pesquisa nos territórios redescobri a universidade e me reencantei com essa perspectiva que se apresentou de se articular com os movimentos sociais, ir às comunidades e pisar no chão firme dos problemas da saúde e ambiente. Passei a integrar um grupo, denominado: Núcleo Trabalho, Meio Ambiente e Saúde (TRAMAS) que era composto por pesquisadores, profissionais da saúde, estudantes de graduação e pós-graduação, com o intuito de debater, estudar e pesquisar as questões relacionadas a problemática *saúde-ambiente-trabalho* nos territórios em transformação promovidos pelos processos de produção.

Dentre os projetos de pesquisa coordenados pelo Núcleo Tramas existia um “Estudo epidemiológico da população da região do baixo Jaguaribe/Ceará exposta à contaminação ambiental em áreas de uso de agrotóxicos”, que propiciou muitos aprendizados em termos teóricos e metodológicos na realização da pesquisa. Esta pesquisa teve os resultados sistematizados em um livro e um almanaque (RIGOTTO, 2011).

A reflexão teórico-metodológica dos passos da pesquisa e dos pesquisadores, constituída em planejamentos participativos no TRAMAS conduzidos a partir da integração com o território, considerando e fortalecendo os anseios dos trabalhadores (as) rurais e moradores da região de pesquisa foi um processo gerador de muitas reflexões e tomada de consciência dos em relação aos desafios à saúde coletiva e suas práticas.

Destaco que é significativo colocar o território e a escuta das pessoas envolvidas com o problema como eixo central e essencial de qualquer processo de pesquisa. E eu pesquisadora preciso me reconhecer como imbricada a esta realidade social, política, cultural, ideológica e agir na coprodução do conhecimento científico sem aleatoriedade, mas com objetivos éticos de valorização das necessidades humanas como orientadoras das *práxis* de pesquisa.

Fiz uma pesquisa-ação, junto a um grupo de 14 pessoas, que me fizeram perceber na pesquisa mecanismos de transformação das realidades por meio da ação participativa, como também as oportunidades de melhorar a minha atuação e contribuir para uma saúde coletiva de qualidade, como demonstrado na figura 32.

Figura 32: Fotografia dos sujeitos constituintes do grupo de pesquisa ação realizando atividades de pesquisa. Quixeré/Ceará, 2009.





Fonte: Acervo da pesquisadora.

Desvelar a realidade por meio de um processo de pesquisa me encantou porque tive a possibilidade de encontrar as pessoas, e junto com elas reelaborar a interpretação da realidade no processo de escrita científica. Busquei aprofundamento teórico sobre as metodologias e sobre os conceitos de território tendo em vista a necessidade de atuar considerando a complexidade dos problemas vivenciados.

Essas ações representaram para mim, como iniciante e aprendiz do saber fazer pesquisa, como uma oportunidade rica e densa de compreender os desafios da pesquisa, da ciência e, sobretudo, o desafio da saúde coletiva em diálogo com os campos da saúde ambiente e da saúde do trabalhador no contexto do capitalismo globalizado, no qual se insere o sistema de saúde brasileiro.

Sempre me interroguei e me inquietei, mas eu não compreendia o que era ser pesquisadora. Descobri-me pesquisadora em meio a formulações teóricas sobre os conceitos de políticas de saúde ambiental e do trabalhador, atenção primária à saúde, participação social, necessidades de saúde, integralidade da atenção; associada a isso a apropriação de metodologias de pesquisa articuladas ao território onde a pesquisa-ação facilitou a proposição de ações coletivas promotoras da saúde e da melhoria da qualidade de vida local.

Minha primeira ação de pesquisa foi participativa com o intuito de identificar a possibilidade de propor ações com base em um conhecimento sobre o ambiente, o trabalho no território de atuação da ESF para responder as necessidades de saúde de base territorial.

Foi um estudo que discutiu as práticas de saúde e trouxe perspectivas de agir propositivamente fazendo uma interlocução com a participação social. Neste

processo de escuta e elaboração de um trabalho de pesquisa com um conjunto de agentes sociais e políticos, tais como: profissionais de saúde e da educação, usuários do SUS, representantes de associações comunitárias, trabalhadores rurais do agronegócio e comunidades rurais e um vereador me fizeram perceber que os agentes políticos locais podem gerar mudança se tiver um espaço de diálogo: a pesquisa consistiu neste espaço.

Esta inserção no universo da pesquisa me fez colaborar e participar ativamente na formulação de alguns projetos de pesquisa, desde a concepção do projeto ao trabalho de campo, tanto em abordagens qualitativas como quantitativas propiciando acumular experiências deveras significativas. A minha integração nestes projetos de pesquisa me ajudou no entendimento do modelo de desenvolvimento econômico brasileiro e as repercussões deste no estado de saúde da população brasileira.

A pesquisa como uma atividade laboral que me conduz a um conhecimento a mais sobre mim, como também sobre o outro, sobre os processos vitais, sobre a humanidade. A pesquisa como atividade inerente ao ato de conhecer o novo e entrelaçar com o real e necessário à vida.

A minha necessidade de pesquisadora aflorava numa outra dimensão, que era da visão ampliada do território com vistas a perceber as necessidades de saúde do lugar onde elas são produzidas e não a partir dos serviços de saúde, tendo como base o conceito ampliado de saúde.

Desvelar os trabalhadores e as comunidades que são desterritorializadas por empreendimentos que promovem diversos riscos e agravos a saúde e ambiente abriu possibilidades de atuar no tema dos agrotóxicos e compreender como se instaura uma rede de problemas sociais mediados pela dimensão econômica.

Esta inserção pela via da pesquisa no território aprofundou minha leitura territorial sobre o singular, sobre as relações de poder locais, sobre a qualidade e subjetividade nos processos de pesquisa participativa.

Destaco outra experiência de pesquisa que foi a participação no projeto o “Agente comunitário de saúde angolano: análise das concepções e práticas em saúde e a formação profissional”. O projeto de pesquisa consistiu na realização de vistas exploratórias às comunidades e aos serviços de saúde angolanos em lugares onde recentemente havia sido implantado o Programa de Agentes de Saúde.

Primeiramente foi possível, a partir da minha integração neste projeto de pesquisa: sair da dimensão local, de um lugar pequeno no interior do Ceará, no fim de janeiro de 2010, logo após o encerramento do meu trabalho de campo e voar para um lugar distante, após o oceano atlântico e considerar a dimensão global da saúde humana. Reconhecer a saúde humana não a partir das publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), ou do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mas a partir do contexto, do território, das pessoas que lá vivem.

Conheci o continente africano, em especial Angola e percorri “as favelas” da grande metrópole Luanda, capital do país. O mundo ficou maior para mim, e juntamente com isso os problemas, as desigualdades, mas também as esperanças e as possibilidades de luta.

Figura 33: Fotografias registrando atividades de pesquisa de campo em comunidades urbanas na periferia de Luanda. Zambizanga/Cacuaco/Angola, 2010, 2012.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

A pesquisa no continente africano apresentou-me a perspectiva global. O meu universo era local e particular. A pesquisa me apresentou a ciência, a teoria e o método científico. A pesquisa me apresentou a possibilidade de união e integração entre o local e o global. O reconhecimento dos pobres do Sul e não só mais dos pobres do sertão cearense. Visitar Angola, conhecer e compreender a dinâmica dos serviços de saúde, os indicadores epidemiológicos, as práticas de saúde conformaram uma experiência ímpar para minha formação pessoal e profissional como pesquisadora da saúde coletiva. Foram tantas descobertas de uma pesquisadora jovem e iniciante, que me pus em busca das iniquidades em saúde em outros solos.

Perceber as políticas públicas, a ação do Estado, o acesso a um sistema de saúde e toda a rede de significados que envolvem esses processos e suas dinâmicas próprias me fez assumir de forma muito clara e assertiva um modelo de ciência, que se contraponha à produção e reprodução de realidades iníquas como vi, senti no Ceará e em Luanda e Cacuaco em Luanda.

Figura 34: Fotografia de mulher angolana trabalhando com os filhos em volta de si. Zambizanga/Angola, 2010.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Esta experiência de pesquisa resultou em muito aprendizado sobre as práticas de saúde, os serviços de saúde angolanos e sobre o povo daquele país, e, por outro lado a necessidade de lutar, reafirmar e fortalecer a saúde coletiva e o SUS no Brasil! Percebi com esta pesquisa que eu tinha capacidade de contribuir com a minha experiência, com a solidariedade, com o respeito às diferenças culturais com o sistema de saúde daquele país e com o povo de lá.

Esta experiência de ir a Angola por duas vezes e de ir tantas vezes ao interior do Ceará me apresentou um cenário de pesquisa, que se aproximou do que Boaventura de Sousa Santos chama de epistemologias do sul. Nasceu assim, uma necessidade de saber formas de enfrentar, de criar alternativas para a garantia da vida. Comecei a me deparar com novas necessidades de aprendizagem, de conhecimento e de enfrentamento, que busco apreender desde então.

Outro aspecto que eu destaco como resultante desta experiência foi ter uma percepção dos avanços e das conquistas brasileiras, como também as limitações e identificar novas perspectivas de reformulação do sistema de saúde.

Reforço, portanto, que esta troca de experiências fortaleceu meu entendimento da abordagem sistêmica e complexa dos problemas de saúde locais e globais e foi muito relevante para que eu compreendesse os contextos de

vulnerabilidades socioambiental e socioeconômico que impactam de forma decisiva na saúde das populações.

Pude perceber no serviço de saúde, como profissional de saúde, que há um fosso enorme entre o que está sendo produzido no campo acadêmico-científico e a capacidade desse conhecimento ser apropriado por quem operacionaliza a política pública de saúde. Considero que este é um dos desafios que há na atual conjuntura do sistema de saúde e, que, urge criar estratégias que garantam acesso ao conhecimento, a informação gerada nas pesquisas aproximando os profissionais que assumem cargos técnicos e gerenciais dos novos saberes, possibilitando a transformação das suas práticas.

Compreendo que, o sentido do meu trabalho está em ser capaz de integrar e atuar na docência, na pesquisa e no serviço comprometida com a justiça social. Evidenciar que campos disciplinares como a saúde ambiente e a saúde do trabalhador são de interesse para APS e um caminho dentro da Saúde Coletiva para fortalecer o modelo assistencial centrado numa APS de qualidade.

Acredito que é fundamental reconhecer que a escolha de atuar na saúde pública está relacionada à luta de quem acredita num ideal de sociedade, e que a minha formação na universidade pública, no SUS e na APS foram caminhos fundamentais para o exercício da cidadania. Que as terras por onde passei, os caminhos que percorri me fizeram aprender, e que este aprendizado seja como pesquisadora, seja como docente, seja como profissional só tem importância se contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população.

Na minha experiência no serviço de saúde, percebi o quanto estavam iniciais a compreensão ampliada da saúde, e de aspectos como a vigilância dos ambientes de trabalho e dos processos produtivos e as implicações disso no processo saúde-doença, como também a prática das ações de saúde ambiente, considerando as populações expostas a agentes químicos, físicos, biológicos de forma integrada no território. Esta viseira que impossibilitava uma abordagem mais completa e integrada dos problemas provocou-me diversas reflexões:

- a) Como transitar de um modo de agir em saúde para outro norteado pela incorporação da vigilância em saúde nas práticas da APS, considerando o trabalho e o ambiente como essenciais na transformação do território?

- b) Em que medida a vigilância em saúde ambiental e do trabalhador podem ser uma realidade na prática da APS no âmbito do território?
- c) Que mecanismos podem ser desenvolvidos para a incorporação de novas práticas no serviço de saúde, considerando o mundo do trabalho e o desenvolvimento econômico, e suas implicações para a saúde humana e a natureza?
- d) Que aspectos são centrais para que a ESF e o serviço de saúde sintam-se agentes de vigilância em saúde e promovam uma atuação articulada e integrada no território?
- e) Os aparatos normativos, como as portarias, a educação permanente e os instrumentos como a territorialização em saúde, seriam suficientes para a mudança das práticas de saúde e a incorporação de uma atitude vigilante, um cuidado em saúde centrado no sujeito?

Estas questões surgiram a partir da minha integração no mestrado em saúde pública, mas principalmente pela minha atuação e participação no núcleo temas. Estes aspectos me inquietaram e me levaram a aprofundar estas discussões em projetos de pesquisas e artigos, ficando ainda algumas lacunas, que me conduziram ao tema que é transversal nesta tese: *saúde e necessidades de saúde na ESF*; tomando como base a experiência no serviço, no ensino e na pesquisa, a meu ver, para avançar na prática é preciso promover rupturas e buscar novas bases epistemológicas, teóricas e metodológicas que ancorem estes temas.

Esta perspectiva pode ser constituída a partir de uma leitura das epistemologias do sul, tais como a ecologia de saberes, a complexidade e tantas outras. Reconheço os limites da atividade de pesquisa, enquanto ação de transformação. Não estou propondo que esta sozinha promova a revolução das estruturas. Mas, que esta atividade humana, seja concebida e realizada em estreita relação com as necessidades sociais e concretas, e, que os pesquisadores como um conjunto de trabalhadores tenham compromisso ético político com os produtos oriundos do seu trabalho.

Acreditei, inicialmente, que se tratava de uma questão meramente metodológica, ou seja, não há o que inventar. Os métodos estão aí e é só utilizar de forma adequada e os processos de mudanças acontecerão. Foi com esta percepção

ingênua que adentrei a discussão metodológica e o exercício prático nas pesquisas onde atuei.

Neste processo pude desenvolver alguns estudos e aprendi um pouco sobre a pesquisa e sobre o método científico e conheci e exercitei algumas técnicas. Representei na figura 35 os principais aspectos de pesquisa que por ora conheço e tive a oportunidade de exercitar.

Figura 35: Esquema síntese das técnicas de pesquisa e métodos de pesquisa que experienciei de 2008 a 2015.



Estou nesta tese exercitando pela primeira vez a pesquisa autobiográfica, utilizando o ensaio narrativo. Ainda há muito o que aprender sobre a pesquisa autobiográfica, as histórias orais de vida na saúde coletiva. Enxergo este tipo de pesquisa como uma possibilidade rica para a pesquisa social na saúde coletiva.

A pesquisa-ação, por exemplo, consistiu em uma oportunidade de vivenciar o complexo, sem recortes do território, possibilitando os entrelaçamentos, que pode não estar dimensionado adequadamente pela minha própria limitação teórica e metodológica. A partir da minha dissertação de mestrado publiquei juntamente com

um conjunto de autores um artigo denominado “Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador” em 2013.

Pessoal *et al.* (2013b) referem que:

[...] a pesquisa-ação constitui um aporte capaz de subsidiar o planejamento conjunto, a elaboração de proposições e ações num diálogo crítico e problematizador das fragilidades, necessidades, mecanismos de superação e adaptação às novas realidades que emergem no contexto de mudanças socioambientais no território local, espaço de atuação da APS. O caráter participativo e a ação podem semear mudanças no contexto local numa perspectiva emancipatória dos sujeitos (PESSOA *et al.*, 2013b, p. 312)

Nesta pesquisa-ação apreendemos que as pesquisas socialmente engajadas promovem o fortalecimento e a participação da comunidade, de profissionais de saúde, gestores e trabalhadores, num movimento de produzir ciência na prática da vida comunitária, fortalecendo o modelo de atenção à saúde e, sobretudo, a APS/ESF (PESSOA *et al.*, 2013b).

A pesquisa-ação favorece a percepção ecossistêmica dos problemas de saúde pelos envolvidos na pesquisa, com possibilidades inovações e proposições para a política pública de saúde que efetivem o vínculo, o acolhimento das necessidades de saúde, a responsabilidade sanitária pelo território e a ação transdisciplinar e intersetorial (PESSOA *et al.*, 2013b).

A pesquisa-ação foi essencial para que eu buscasse o método autobiográfico. Acredito que é possível estabelecer conexões entre a pesquisa-ação e autobiografia e gerar inovações em pesquisa nos serviços de saúde na ESF.

Compreendi a pouco tempo que a cisão entre o quantitativo e o qualitativo, está relacionada a uma tomada de *postura epistemológica* diante da vida e da ciência. A aproximação com o campo de pesquisa e o exercício dos métodos científicos, tais como a epidemiologia clássica e a epidemiologia crítica, a pesquisa-ação e a pesquisa autobiográfica me possibilitaram reconhecer a necessidade de compreender mais a epistemologia.

Foi a partir do entendimento de *como*, no campo contra hegemônico, lugar que se situa atualmente no âmbito da saúde coletiva, a saúde ambiente-trabalho, que me inquietaram que abordagens metodológicas que pretendiam romper com a simplificação de problemas complexos eram marginalizadas e desqualificadas.

Esta percepção me conduziu a defender que a abordagem de pesquisa social em saúde no território local e global em lugares com grandes vulnerabilidades

socioambientais e institucionais requer um embasamento epistemológico contra hegemônico.

Acredito, com base neste entendimento, que para tal requer-se, primeiramente um posicionamento ético diante da vida para em diálogo com a ciência propor desenhos metodológicos de pesquisas que tenham em sua base um *pensamento complexo* acerca da realidade. Para mim, isto significa dizer que é preciso superar uma visão hegemônica na saúde coletiva, que relega ao método o mérito de traduzir a realidade como uma verdade, e, por conseguinte o debate da *qualidade* dos estudos acadêmicos.

É possível e acontece uma defesa de abordagens qualitativas centradas numa visão positivista. O que eu quero dizer é, que reproduzir a aplicação de entrevistas e grupos focais, sem uma atuação ético-política congrega uma mera reprodução da técnica pela técnica, e, portanto, uma reprodução da ciência clássica, em termos de visibilizar os processos de forma simplificada, reducionista e normativa.

Estudos analíticos superficiais e parciais, que não consideram em suas leituras a crítica teórica e metodológica estão reproduzindo o pensamento clássico. Para tal, é preciso exercitar o uso do método numa perspectiva epistemológica, que tem como base um pensamento diferente do binário debate: *quanti e quali*. Trata-se, no meu entendimento de aceitar outras formas científicas e não científicas de perceber a realidade e não cair na armadilha *quanti e quali*, mas de organizar o pensamento, enquanto pesquisadora, numa perspectiva transformadora da realidade vivida, com vistas à emancipação dos povos.

Ocupo, atualmente, um lugar de pesquisadora em saúde pública e sou desejosa de descobrir formas de pesquisar que contribuam para a emancipação de todos os envolvidos nas pesquisas. Acredito que é possível e necessário praticar a ecologia de saberes no âmbito da saúde coletiva, por mais que seja desafiante. Vejo na ecologia de saberes a valorização e o reconhecimento dos saberes tradicionais de povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, agricultores, camponeses como também a compreensão de que a ciência pode ser útil ao conjunto das populações vulnerabilizadas do globo terrestre. Reconheço, a partir do dito, que a ecologia de saberes propicia suporte epistemológico e metodológico para (re) criar a visão de saúde das populações rurais campo/sertão, e, conseqüentemente de criação de

práticas de conhecimentos emancipatórios, já que é um conhecimento que visa à solidariedade.

1.5 A abordagem da saúde na ESF necessita da contra epistemologia para a concretização de um modelo de atenção à saúde emancipatório

Dentre as minhas inquietações, considero que foi importante para estimular a minha criatividade e a autonomia profissional, a busca contínua de formas, mecanismos, abordagens e metodologias de como atuar na perspectiva da promoção e da vigilância em saúde na APS considerando os contextos de vulnerabilidade e de exclusão social com vistas a transformar a situação de saúde.

Tenho a percepção de que as respostas podem ser tecidas nesta interação entre a: experiência, a teoria, a norma, a criação, a inovação e a tradição. Este processo embasado em uma epistemologia pode criar um método que auxilie o profissional de saúde a atuar. Algo mais do que dizer o que fazer, mas com indicativos de como fazer;

Reconheço sinergias nas proposições de Boaventura no sentido de reconhecer a necessária transformação de realidades perversas por meio de uma ecologia de saberes. Estas realidades são produzidas por uma infinidade de fatores, que entram em cena a partir de uma interação simbiótica do Estado e do Mercado.

É necessário considerar os efeitos dos processos de determinação social da saúde e da produção social da atenção-cuidado na ESF (ALMEIDA FILHO, 2011). O autor sugere neste sentido, um engajamento de construção conceitual e metodológica capaz de subsidiar a necessária mobilização política no sentido de tornar as diferenças mais iguais ou menos desiguais. Reforça a necessidade da promoção da igualdade na diversidade reduzindo-se o papel das diferenças de gênero, geração, étnico-raciais, culturais e de classe social como determinantes de desigualdades, inequidades e iniquidades econômicas, sociais e de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Compreender como se dá a determinação da saúde no Ceará implica em reconhecer as estreitas relações que existem entre o povo cearense e a natureza. A convivência com o semiárido, portanto, é uma condição fundamental que marca a vida no Ceará. Viver no semiárido, no bioma caatinga, implica em uma tradição expressa

num modo de vida humano que tem nas perspectivas históricas, culturais, sociais, afetivas, educacionais, econômicas, ambientais e de trabalho uma singularidade.

Compreender que território é este, o que representa o semiárido, que nesta região chove pouco, e que o trabalho rural, por exemplo, tem uma relação com a terra e a chuva e o modo de vida, são questões simples, mas ainda não abordadas no trabalho da ESF. Esta leitura territorial básica dá diversos elementos para a identificação do contexto da determinação social da saúde em territórios rurais.

A partir do exposto, acredito que nesta relação, *a saúde e as práticas de saúde na ESF*, são, portanto, relacionadas às dimensões: *estruturais, espirituais, culturais, científica, histórica e política*. Defendo que ter uma compreensão alargada do processo saúde-doença auxilia na formulação, implementação e execução de políticas públicas de saúde que atendam aos anseios e necessidades da sociedade.

Tomando como referência Góis (2008) que refere que a origem da saúde é natural, profundamente histórico-cultural e ideológica não homogênea dentro de uma sociedade de classes, concebendo a saúde dentro de uma trama maior, a qual denomina *rede de saúde*, sendo esta entendida como:

[...] uma teia de vida que inclui a potencialidade, a experiência acumulada e o drama social humano de uma coletividade, a qual se busca compreendê-la em sua história, em seu cotidiano, em seus significados e sentidos, em seus sonhos e problemas (p.103).

Esta compreensão que integra polos opostos e diferentes, e inclusive antagônicos está visceralmente contida no ato de cuidar da saúde, tendo em vista, que a saúde humana e as necessidades de saúde estão imbricadas com os processos organizadores, produtivos e criadores no mundo em que vivo.

Reafirmar a necessidade de uma abordagem macrossocial e histórica para a compreensão dos contextos locais é essencial como apontam diversos autores (BIBEAU; CORIN, 1994; ALMEIDA FILHO, 2011). Entendo, portanto, que este debate acerca do local/global está implicado no entendimento da saúde, considerando as realidades territoriais e os processos históricos geradores de saúde e de doença.

Na visão destes autores, isto significa estabelecer uma conexão epistemológica, teórica e metodológica entre diferentes dimensões da realidade, articulando uma teoria metassintética que tem como pretensão integrar elementos

semiológicos, interpretativos e pragmáticos essenciais para um modelo cultural da saúde-doença-cuidado (ALMEIDA FILHO, 2011).

A minha ideia de SUS, portanto está intimamente ligada às práxis que vivi na ESF e na Universidade, pois assumo enquanto indivíduo uma perspectiva gestada e nascida no convívio social, que foi tecido nas relações sociais em que fui exposta nesta trajetória, que entrelaça o serviço e a universidade como lugares de refletir, problematizar e agir.

Contudo a relação entre a célula e o organismo, o indivíduo e a sociedade, e, a saúde e o contexto, as práticas individuais e coletivas, defrontam-se como negações obscuras, rejeições e enaltecimentos e engrandecimentos de partes, de indivíduos, que passam a tomar a parte pelo todo. O que ocasiona uma leitura deturpada dos processos individuais e coletivos.

As análises são realizadas a partir de lentes que focalizam aspectos considerados essenciais, que são definidos a partir da exclusão do não essencial. Mas, cabe então, refletir numa perspectiva sistêmica acerca do que é o não essencial. Este não essencial tem menos valor/significado para o sistema, podendo inclusive ser suprimido do sistema. Sugere Edgar Morin: a religação, a reunião e a integração. Valorizar as contradições e delas tecer novas possibilidades sistêmicas.

Nesta perspectiva o **princípio da recursividade organizacional** me coloca diante da necessária compreensão das práticas em saúde como processo sistêmico, histórico, resultante da ação humana, produzida em um acoplamento de partes diferentes. Nas palavras do autor o referido princípio:

[...] ultrapassa a noção de regulação para aquele de autoprodução e auto-organização. É um círculo gerador no qual **os produtos e efeitos são eles próprios produtores e causadores daquilo que os produz**. Dessa maneira, nós, indivíduos, somos os produtos de um sistema de reprodução oriundo de muitas eras, mas esse sistema só pode se reproduzir se nós próprios nos tornamos os produtores nos acoplando. Os indivíduos humanos produzem a sociedade em e mediante as suas interações, mas a sociedade, enquanto um todo emergente, produz a humanidade desses indivíduos trazendo-lhes a linguagem e a cultura (MORIN, 2000, p. 205, grifo nosso).

Um princípio de Edgar Morin, o hologramático elucidada as questões referentes à parte e ao todo. Nas palavras de Morin (2000) o **princípio hologramático** evidencia:

[...] o aparente paradoxo de certos sistemas nos quais não somente a parte está no todo, mas o todo está na parte. Desse modo, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global -, mas o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual. Dessa maneira, o indivíduo é uma parte da sociedade, mas a sociedade está presente em cada indivíduo enquanto todo através da sua linguagem, sua cultura, suas normas (MORIN, 2000, p. 205).

A partir do dito pelo autor, compreendo que a doença no Ser Humano está entremeada ao sofrimento e ao adoecimento. Mas isto não quer dizer que ao compreender a doença (parte) e intervir nesta, esteja lidando com o Ser humano e satisfazendo suas necessidades de saúde, pois por vezes nego estas necessidades, por que tenho limitações de reconhecê-las pela própria construção histórica do processo de cuidar biomédico.

Neste sentido, considero importante reforçar que o pensamento complexo liga o concreto das partes à totalidade, articulando os princípios da ordem e da desordem, da separação e da junção, da autonomia e da dependência, que estão em dialógica complementar, concorrente e antagônica no seio do universo (MORIN, 2000).

O pensamento complexo é essencialmente o pensamento que trata com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. É o pensamento capaz de reunir (*complexus*: aquilo que é tecido conjuntamente), de contextualizar, de globalizar, mas ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto (MORIN, 2000, p.207).

Com efeito, reconheço no princípio dialógico, conforme pensa o autor, de que o problema é unir as noções antagônicas para pensar os processos organizadores, produtivos e criadores no mundo complexo da vida e da história humana (MORIN, 2000).

Estas características do pensamento complexo dão subsídios para a constituição de uma visão contra hegemônica na saúde, que pode ser tecida no âmbito de uma ecologia de saberes. Esta contra epistemologia há que reconhecer a primazia da humanização e da *insuficiência do sistema econômico* em suprir a satisfação plena das necessidades humanas, e, em especial as *necessidades de saúde*, que se alicerçam nos ciclos vitais: nascimento, crescimento, desenvolvimento, envelhecimento e morte.

Todos estes ciclos da vida humana refletem uma perspectiva de necessidades de saúde, que são essenciais à vida, que só podem ser supridas na relação humano-humano e destes com a natureza. Ser capaz de distinguir com clareza as necessidades dos diversos aspectos da vida humana nas suas dimensões: biológica, psicossocial, cultural, simbólica, espiritual, econômica, histórica, territorial e antevê a redução a satisfatores de necessidades como um processo deturpador da essência humana, e, também, como promotor de morte.

O Segundo aspecto que está alicerçado tanto no modo de produção capitalista como na visão de ciência hegemônica, que é uma característica da alienação, é a predominância da *quantidade sobre a qualidade*. *Deste processo resultam o não reconhecimento, ou mesmo a negação de necessidades que não são expressas em dados ou frações quantificáveis, mas que se expressam por outras formas.*

Edgar de Assis Carvalho, em seu texto intitulado: “complexidade e a ética planetária” defende que um dos pontos cardinais do paradigma da complexidade é “[...] a ideia da unidualidade do homem, um ser físico e metafísico, natural e meta-natural, cultural e meta-cultural que se estabeleceu no cosmos apenas muito recentemente” (CARVALHO, 2010, p. 107).

O autor avança no seu pensamento afirmando que:

[...] entender o homem como um vivente cosmo-psico-bio-antropossocial implica em devolvê-lo ao império da natureza, sem retirá-lo da república da cultura, descentrá-lo de sua superioridade, para reinseri-lo na diáspora global cósmica (CARVALHO, 2010, p. 107).

Esta compreensão do humano me parece muito interessante para uma abordagem de saúde e necessidades de saúde na saúde coletiva. Parece-me, que este olhar sobre o humano, como sugere o autor citado, refletindo primeiramente acerca do ser que cuida está já presente no campo da saúde e ambiente no Brasil no âmbito da saúde coletiva, ainda que de forma incipiente, mas existente.

Acredito, portanto que centrar os esforços teóricos no alargamento da compreensão da vida humana nesta perspectiva sistêmica, resgatando a dimensão da natureza é de extrema relevância para o desdobramento de práticas emancipatórias nos serviços de saúde da ESF. Porém, entendo que este processo não flui sem rupturas e tensões político-ideológicas no campo científico.

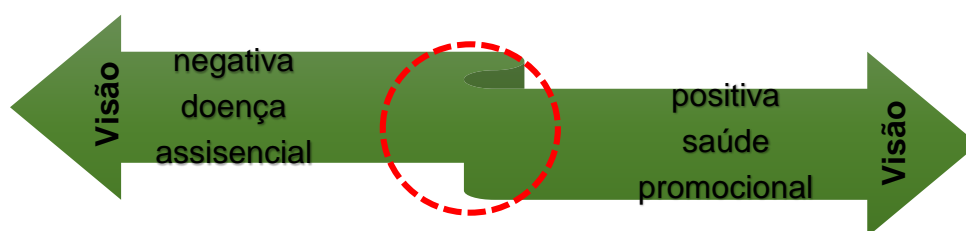
Pessoa e Rigotto (2012) referem que a saúde da população é a expressão singular dos processos em curso no território, pois a forma como tem se estruturado o **trabalho**, promovendo alterações em todo o núcleo da família, ocasiona impactos que vão além dos danos específicos e mensuráveis. Destacam que é essencial para o setor da saúde discutir na perspectiva da inter-relação – promoção, prevenção, proteção, atenção e gestão – e não focalizar apenas em agravos e danos. Para tal, recomendam as autoras que além

“[...] da ampliação do modo de agir, centrado nas necessidades de saúde, tendo-se como referência o território local e os seus processos de mudanças, é fundamental para o setor da saúde a constituição de uma abordagem intersetorial e integrada” (p.75).

Na perspectiva abordada neste texto, pressupõe-se que, constituir um modelo de atenção integral, equânime, universal com participação social requer na sua base uma visão de saúde, que extrapole a secção estabelecida que organiza o serviço de saúde a partir da ótica da cura e da prevenção, mas que reconheça a saúde, a partir do humano, em relação ao ambiente, ao trabalho e a sua linguagem, inseridos num contexto social, político, cultural, econômico, ideológico, histórico.

Uma visão de saúde, que organize o processo de trabalho não a partir do serviço e suas capacidades de respostas, mas se centre no indivíduo, na família, na comunidade, e, reconheça as necessidades de saúde, que podem ser respondidas pelos serviços de saúde, e, que extrapolam as competências executoras destes, mas sem preterir a sua participação no sentido de colaborar com o cuidado em saúde responsável, sedimentado em um saber que não pode negligenciar seu compromisso ético-político com a vida.

Acredito que não se trata de ver a saúde como uma polaridade: visão *negativa*, ou *positiva*; uma visão *centrada na doença* ou uma visão *centrada na saúde*, mas de sair da visão *binária* e de *oposições* para uma visão de processo, que interliga a aceita o pertencimento a um sistema. Compreender as interdependências incorporando as polaridades como limites, mas com áreas de interseção.



- ✓ O que seria uma abordagem que integra os polos negativos e positivos?

- ✓ O que seria uma visão que incorpora a doença na saúde?
- ✓ O que significa a região entre dos polos?

Esta visão dicotômica está alicerçada no pensamento hegemônico advindo da ciência moderna, marcada por generalizações com reduções descontextualizadas da realidade das pessoas, que mascaram as necessidades comunitárias, dificultando formas mais dialógicas e democráticas de entendimento e inviabilizando as mudanças (FREITAS; PORTO, 2011).

Entendo que a doença, por exemplo, se apresenta de forma inteiramente radical contrária à saúde, contudo a saúde e a doença têm uma estreita relação, em que há uma disputa sistêmica para garantir um modo de operar no Ser ou na sociedade. Ou seja, o sujeito em disputa, é o sujeito-alvo da ação do Estado, enquanto políticas públicas, como também é o sujeito coprodutor de uma situação de saúde em determinada sociedade. A quem interessa uma população doente ou saudável? Ao Estado, ao capital, à sociedade, a cada indivíduo?

Compreendo, por exemplo, no caso do Brasil, que os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade, a equidade e participação social são interdependentes, interconectados, e só existem em relação ao serviço e aos sujeitos cuidadores (comunidades/usuários dos serviços de saúde e profissionais da saúde).

Percebo que a saúde é uma coprodução do serviço e da comunidade, do indivíduo-doente e do trabalhador da saúde. Isto implica deslocar o centro do cuidado para uma *relação humana*, estabelecida em princípios éticos. Estes, por sua vez só têm sentido se considero os contextos e as pessoas. Com efeito, o SUS representa também o Estado que é fragmentado, hierarquizado, que não age de forma sistêmica, mas também está contido na Sociedade, como uma conquista do povo brasileiro.

O Sistema capitalista e o Estado nação analisados a partir da ética da vida, que, a meu ver é central para o debate em saúde, e, para se pensar o humano, não pode se dar sem considerar a relação local/global, singular/plural, individual/coletiva. Estes aspectos são tangenciais para as questões em saúde na contemporaneidade.

Com o advento de diversas novas tecnologias e a incorporação destas no mundo do trabalho humano gera novas patologias, como também o investimento em pesquisa básica propicia novas descobertas e tratamentos. Este processo de

transformações individuais, singulares e locais são considerados e abordados de forma diferente quando se considera a dimensão global/plural/coletiva.

Isto se dá desde a estruturação de um *arcabouço de doenças*, a serem consideradas, como as que requerem mais investimentos por parte do Estado e do Capital, relacionados à sua coprodução ou a sua cura. Portanto, é mister reconhecer que há, mesmo em tempo de desterritorialização dos fluxos do capital e das riquezas o Estado nação que por meio de seus códigos, práticas e instituições articula um conjunto de políticas do mal, perpetradas por sistemas totalitários e mesmo democráticos (CARVALHO, 2010).

Compreendo o estágio atual da evolução da tecnologia, que a cada dia novos e singulares mecanismos intervenientes em diversas dimensões da vida são produzidos e introduzidos no cotidiano. Estes por sua vez, podem incidir no local, no planeta, no átomo, na célula, no indivíduo, nas populações, etc. Percebo, portanto, a submissão a um modelo que incrementa mudanças pelo uso de novos equipamentos e tecnologias no trabalho, nas residências, em suma, no modo de viver.

Constantemente são gerados *produtos e necessidades*. Assumo, que se debruçar sobre o modo de viver e as escolhas possíveis dentro do sistema capitalista, onde prevalece o lucro, o estímulo ao consumo, com conseqüente geração de novas necessidades é um desafio complexo.

Destacam alguns autores da saúde coletiva a necessidade de ampliação da consciência sobre os *limites dos conceitos* na relação com a realidade concreta e abrir espaço para outras formas de expressão na configuração das práticas de saúde, apontando que em um sentido filosófico, a criatividade é reconhecida como integrante dos processos de adaptação, regeneração e cura (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p.20).

Com esse entendimento, suponho que delinear nuances de algumas realidades humanas, singulares e específicas valoriza uma dimensão da vida, que, apesar de toda a complexidade do que está posto reivindica uma forma de viver diferente da hegemônica. Caminhando nessa direção defendo a ideia de que viver, trabalhar, brincar, amar, divertir-se, sonhar, criar, morrer são próprios do humano e que este tem possibilidades de gerar novas oportunidades, mesmo que inseridos no contexto capitalista.

É nesse sentido que opto em desvelar um lado da sociedade, que é reflexo de um modo de vida que, de certa forma, provoca tensões no sistema. Está posto que o modo de viver tradicional gera estas tensões e refletindo, a partir do modo de viver do sertanejo/camponês me questiono: Que características tem o modo de vida camponês que geram saúde? Como é a relação do sertanejo/camponês com a natureza e com o trabalho? Como é o entendimento de saúde para as populações do campo? Que práticas de saúde são adotadas pelas populações do campo? Que diálogos e ensinamentos são possíveis entre as comunidades do semiárido, que vivem da agricultura tradicional de sequeiro com os serviços de saúde?

Estas questões que expõem e contextualizam o sujeito me auxiliam na aventura do conhecimento porque parto do pressuposto que há lições, aprendizados, sentidos e significados neste modo de vida capazes de contribuir para novas práticas de saúde no âmbito dos serviços de saúde. A compreensão de como a saúde se expressa no cotidiano de vida das pessoas no campo, me parece conter elementos definidores de novas práticas promotoras de saúde.

Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) reforçam que a realização de um ser humano precisa ser compreendida no *contexto de sua força*, que não é a negação da sua fragilidade, mas antes a sua admissão e reversão em potência de vida (p.25). Os autores defendem que a transformação é intrínseca à vida e a capacidade de aprender com a experiência da doença é um sinal de saúde (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 24).

Carvalho (2010) sugere que para uma abordagem ética (do grego *ethos*, que significa a morada humana, a casa comum, a Terra pátria-mátria) requer um projeto de sustentabilidade, uma política de civilização capaz de reintegrar o cosmos, a matéria, a vida, o homem. Um horizonte ainda distante, mas já visível em relação aos objetivos planetários envolve:

A virtude cívica, a liberdade de opinião, a cidadania irrestrita, um conjunto de valores que religa, cada vez mais pessoas, grupos e até intelectuais identificados pela necessidade da refundação antropológica capaz de alterar percepções, maneiras de pensar, valores, e instaurar a síntese em lugar da análise, a cooperação em lugar da competição, a sabedoria intuitiva em lugar do conhecimento nacional, a conservação em lugar da expansão, o indeterminado em lugar do determinado e do causal (CARVALHO, 2010, p. 112).

Com efeito, Carvalho (2010) reforça, que no plano de ação estatal é fundamental ter uma ação estratégica, maleável e complexa, sendo, portanto, essencial e necessário não ter o caráter rígido-programático-burocrático, sendo preciso autocorriger e sofrer a retroação da experiência. Este processo requer fundamentalmente uma visão cosmopolita, democrática e ecológica, contudo esta impõe uma dispersão da soberania em focos múltiplos, reconhecendo-se que há um abismo entre o equacionamento das contradições do capitalismo contemporâneo e a proposição de uma solidariedade transnacional articulada a uma ética dos direitos individuais (CARVALHO, 2010).

É importante perceber que a mundialização do liberalismo carrega consigo uma abertura para o universal e um fechamento para o particular regressivo, assim como uma inclusão pelos mecanismos perversos do mercado, aliada a uma exclusão multiforme pelo desemprego, pela fome, pela miséria, pela cultura nas palavras de Carvalho (2010). Defende, portanto, o autor, que o planeta está longe de ser um sistema globalizado, comportando-se mais como um turbilhão em movimento desprovido de um centro organizador, cuja hegemonia é sempre provisória, incerta, caótica e frágil.

Crê, contudo Carvalho (2010) na possibilidade de utopizar uma ética civilizatória, que nas suas palavras seria entendida como:

[...] nova filosofia pública e uma nova ecologia da ação pautadas por uma polifonia de valores e culturas constantemente retroalimentada pela dialogia entre ciência e tradição, imaginário e real, subjetividade e objetividade, Oriente e Ocidente (2010, p. 114).

Parece-me que esta dialogia que recomenda Carvalho, tem relação com a proposição de Boaventura em termos das epistemologias do sul. Sem considerar tais epistemologias não há como avançar nesta perspectiva de religar, integrar e compartilhar modelos, práticas, visões e modos de viver. O pensamento do autor é claramente contra hegemônico, pois tem uma compreensão da terra como lar, e, de outra relação humano-terra, o que se aproxima das vertentes das epistemologias do sul, ancoradas no modo de vida tradicional, a exemplo do bem viver dos povos andinos. Ensina que:

Essa dialogia, pautada em um espécie de ética da tolerância prática, teria que repropor uma nova coalisão de culturas que não fosse capitaneada pelo

progressismo tecnológico do Ocidente, fundado no antropocentrismo contido nas múltiplas formas de dominação da natureza, mas numa perspectiva ecocêntrica, do grego *oikos*, lar, para a qual o lar/Terra, ou meio-ambiente planetário, constituiria a baliza a partir da qual a relação homem/natureza homem/mundo, entendida como unidualidade permanente e necessária, seria repensada.

Parto da ideia de que a contemporaneidade está marcada por transformações planetárias, que entrelaçam o local e o global, sujeitos individuais e coletivos, o campo e a cidade, o micro e o macro numa interação constante, complexa e desafiadora.

Há uma conjunção de processos em curso promovida por uma forma de organização social dominante no sistema capitalista, que altera, reorganiza e reestrutura o modo de vida no seu cotidiano, como se percebe na produção de novas tecnologias.

Trago um breve recorte de alguns conceitos que se entrelaçam a saúde, como é *a ética e a morte* com o intuito de evidenciar que a recriação de uma visão de saúde, passa por esta dimensão de ressignificar e reintegrar a vida e a morte em uma perspectiva contrária e diferente, porque, alicerça-se na compreensão complexa e de sistemas complexos.

Carvalho (2010, p. 109) reforça que as sociedades humanas, principalmente as contemporâneas

[...] parecem ter se desviado do caminho da complexidade porque 'portadora de uma tecnosfera guiada pelo progressismo exacerbado, acabaram produzindo uma organização social inautêntica e não simbiótica que absolutiza a dominação da natureza e destrói a ecosfera, impedindo a auto regeneração do ecossistema como um todo. Por um estranho paradoxo, estabelece-se uma dialética perversa entre o organismo vivo, que para se perpetuar, nutre-se da desordem para avançar na complexidade, e o espectro societário, que para garantir sua pseudo-hegemonia, expulsa o conflito e o caos para possibilitar uma homogeneidade transitória para o indivíduo-sujeito, subsumido à "religiosidade" do Estado-nação.

A perspectiva do autor me parece sobremaneira interessante e um debate contemporâneo necessário à saúde coletiva. O conflito, o caos, a contradição, são elementos constituintes de uma visão que agrega questões diferentes, distingue-as, mas busca um enfrentamento/conhecimento do processo saúde-doença a partir da contradição vivida no contexto do Estado capitalista.

Destaco no caso brasileiro, por um lado, o Estado, a partir, de uma mobilização e de um esforço permanente expresso numa luta, ainda que desigual nos

diversos espaços de poder mediando conflitos, promovendo conflitos e polarizando ações de proteção social, como é o SUS. O Estado, por outro lado tem mecanismos de operar o poder, que tem sido por décadas uma forma de possibilitar a expropriação da terra, a dominação cultural dos povos, a exploração da terra, da biodiversidade e das pessoas.

Reconheço, contudo, que isto não acontece aleatoriamente, existe de pronto, uma intervenção com forte base econômica e política, fundada em uma concepção de mundo orientada pela hegemonia de um modelo de pensamento. Esta perspectiva tem evidenciado a necessidade de cada vez mais realizar pesquisas e estudos que venham fortalecer outra perspectiva de ciência – não neutra e não absoluta!

Esta compreensão me parece ser essencial para um entendimento de saúde, de determinação social da saúde, de promoção de saúde, de necessidade de saúde que vise contribuir no processo de emancipação e de autonomia no contexto da ESF, enquanto modelo de atenção reorientador das práticas assistenciais.

Reconheço como necessário partir de uma compreensão de saúde tecida em redes integradas, concretas, políticas, em permanente tensão entre polos opostos e complementares, com base em uma ciência ética, com responsabilidade do sujeito do conhecimento e compromisso político e social.

Isto se faz ainda mais essencial no cenário de globalização da economia e do avanço tecnológico, que geram debates, produtos, tecnologias, desafios, incertezas, necessidades, tempo virtual, relações, interações culturais, ou seja, uma diversidade que dá claramente boas-vindas à complexidade. Nesse universo plural de desafios e inovações, estou como cientista da saúde coletiva, inserida em um modelo de desenvolvimento, dentro da academia e tenho o desafio de contribuir na produção do conhecimento.

Esta contribuição se dá, a partir da compreensão do desenvolvimento da civilização, do repensamento do modo de viver e na criação de possibilidades de (re)fundar formas, estratégias e mecanismos de reformulação da relação humana com o trabalho-natureza, da Sociedade e Estado.

Abordar a saúde humana com intuito de reafirmar que os gradientes socialmente perversos reproduzidos na sociedade refletem interações entre diferenças biológicas, distinções sociais, inequidades no plano jurídico-político e na

esfera ético-moral, tendo sempre como expressão concreta, empiricamente constatável as desigualdades em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

A produção de novos conhecimentos em saúde requer diálogo com os novos saberes e as novas práticas, reconhecendo saberes e práticas de comunidades tradicionais como também de outras formas de conhecer, como a arte, a filosofia, como sugerem as epistemologias do sul.

Almeida Filho (2011) refere que há uma demanda epistemológica resultante de uma ampla pressão social, política, institucional e ideológica para responder o que é saúde. O autor admite que a conceituação dos fenômenos da saúde-doença como processos sociais aceitando que estes são históricos, complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos, requer a geração de dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar, com o devido rigor, os objetos da pesquisa científica em saúde. (ALMEIDA FILHO, 2011).

Concordo com a assertiva do autor e, pondero que, um diálogo crítico acerca da discussão da saúde precisa estar associado aos processos vividos na sociedade atual, para além do debate no campo da saúde, mas na interação com os campos disciplinares intervenientes na saúde humana. Esta assertiva me inquieta e indago: como avançar num debate crítico considerando as relações produção e ambiente nos fenômenos saúde doença? Como o tempo virtual é compreendido na leitura histórica da saúde? Que dispositivos interpretativos podem ser concebidos, a partir de uma pesquisa científica em saúde coletiva alicerçada em campos disciplinares fragmentados? Seria, então, necessário um caminho para a unidade na complexidade?

Acredito que estes desafios estão reivindicando um conjunto de práticas e saberes, e, que pela via do paradigma emergente há possibilidades de articular respostas, principalmente se considerar que o:

[...] espaço social da saúde compreende processos e vetores que não podem ser referenciados pela noção convencional de determinação social da saúde, mas serão mais bem compreendidos pelas categorias 'produção social' de práticas e 'intervenção simbólica' de sentidos de saúde. O diferencial semântico corresponde, numa perspectiva epistemológica mais consistente, a diferentes planos e efeitos da estrutura social em que operam os processos concretos da saúde-doença-cuidado (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 88).

Góis (2008, p. 106) apresenta a “[...] saúde como uma responsabilidade social em e da comunidade, um processo e não um recurso com o fim em si mesmo”.

Enquanto uma responsabilidade social preciso me comprometer ideologicamente e politicamente com a luta para a garantia de serviços de saúde, como também compreender que os processos históricos promovem transformações necessárias nestes serviços, bem como nas necessidades de saúde sentidas.

Busco auxílio nos autores Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) para avançar neste diálogo, pois estes se debruçaram sobre o tema saúde e seus sentidos e significados e defendem que *não há* um conceito de saúde cientificamente fundamentado.

Os autores pontuam que definir saúde como conceito científico deixaria de lado o que não é conhecimento sistematizado, uma vez que só considera os constantes ou limites orgânicos produzidos pela ciência básica e pela estatística na determinação do estado de normalidade, ao qual se atribui um estatuto semelhante ao de saúde.

Afirmam, com efeito, estes autores, de forma convincente, que a concepção hegemônica de saúde no campo de aplicação de conhecimentos e técnicas fundamentadas nas ciências biológicas e médicas, circunscrevendo saúde a ausência de doença, concebida a partir da normalidade de parâmetros quantitativos, desconsidera as dimensões mais amplas, que é a da saúde como potência para lidar com a existência (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 12).

Destaco que Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) ponderam que uma vida saudável não pode excluir as tensões, uma vez que viver envolve um constante dinamismo de relações, e dialogam com Georges Canguilhem que concebe saúde como a *capacidade humana* de criar novas normas para se adaptar ao meio, reconhecendo o caráter relativo da saúde e doença.

Concebido desta forma, o entendimento de saúde teria significados e variações, que *estão inter-relacionados com o ser*, ou seja, um ser criativo pode ser saudável mesmo diante de uma evidência que, em outro ser, constituiria uma doença. Esta relatividade está vinculada a diferença entre o conceito científico e a experiência vivida (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

A visão destes autores é valiosa para o debate de necessidades de saúde, tendo em vista que consideram o caráter relativo da saúde e da doença. Em sendo assim é possível estabelecer um diálogo com as necessidades humanas consideradas objetivas e universais como defende Potyara Pereira? Haveriam

algumas necessidades objetivas e universais e outras não? Esta reflexão precisa ser aprofundada na saúde coletiva, considerando que a base das discussões teóricas de necessidades no campo da saúde, alicerçam-se no pensamento de Marx. É preciso considerar o caráter relativo da saúde e da doença, e, portanto, das necessidades de saúde requerendo um aprofundamento teórico com outros autores da antropologia que podem trazer novas possibilidades para o repensamento do conceito de necessidades de saúde. Este é um desafio teórico à saúde coletiva!

Recorro à noção de *sujeito* e de *auto eco organização* proposta por Morin (2000), que conforme reitera Carvalho (2010):

Qualquer indivíduo é “sujeito” na medida em que faz referência a si, e a não-si, reorganiza o ecossistema que o rodeia, produz *autopolesis*, num movimento organizatório recursivo no qual causas e efeitos interagem mutuamente, impulsionando o sistema para direções indeterminadas, porque o jogo entre indivíduo/espécie e espécie/natureza não é nunca linear e definitivo, mas sempre aleatório, inintencional (p.108).

A auto-eco-organização do sistema vivo que é de caráter acêntrico parece autorregenerar-se espontaneamente, num viver-para-si cercado de funcionalidades e disfuncionalidades, nutrindo-se de acasos, tensões, contradições, erros, que o reordenam de modo mais complexo, como se a relação *ordem-desordem-reorganização*, cercada de antagonismos, complementaridades e concorrências estabelecesse uma dispersão em espiral na configuração do todo (CARVALHO, 2010).

Com efeito, a *relação vida-morte-vida* segundo Edgar Morin, pode ser entendida como

[...] *brecha* que permite o desenvolvimento de um dispositivo mítico/mágico/imaginário, cuja força ideativa é capaz de romper com a suposta homeostasia da ordem natural e a etnocentria da ordem cultural, centrada no delírio de uma imortalidade plena nunca alcançada (CARVALHO, 2010, p.109).

A morte no paradigma da complexidade é entendida “não apenas como perda, fim, mas como transformação, renascimento de uma existência transpessoal, talvez mais selvagem, na qual duplos unos conviveriam de modo mais harmônico.” (CARVALHO, 2010, p.109). Neste sentido o autor sugere a “reforma da morte”, que exigiria, ao invés de mortalidade ou imortalidade, a possibilidade de falar de a-mortalidade. Esta entendida como:

[...] uma condição indeterminada na qual a morte não fosse vista como exclusão, solidão individual, ou degradação cerebral, mas como uma transformação, mutação, pacificação, metamorfose para a espécie viva como um todo (CARVALHO, 2010, p.109).

Para tanto é preciso evidenciar a fragilidade humana e reinserir o ser humano na tríade **indivíduo-sociedade-espécie** (CARVALHO, 2010). Re(pensar) a morte traduz um repensar a saúde, em termos sistêmicos, a partir da tríade **indivíduo-sociedade-espécie**. Os encontros que se dão entre os doentes e cuidadores, entre os são e os cuidadores/promotores de saúde, por exemplo, são encontros de indivíduos da espécie humana em uma sociedade.

Esta sociedade humana, contudo, é diversa e heterogênea nas suas práticas culturais, simbólicas, religiosas, etc., mas esta diversidade que os diferencia também os aproxima, na sua condição humana, enquanto humanos, frágeis, sujeitos ao adoecimento e à morte, por exemplo. Também são indivíduos em interação com a pluralidade dos modos de ser.

Está posto nesta sociedade o desafio de construção de um modelo de atenção integral à saúde no SUS, que contemple a reorientação das várias dimensões – **gerencial, organizativa e técnico-assistencial**. Entre os obstáculos ao modelo de atenção integral à saúde no SUS, está a recriação permanente das condições favoráveis à reprodução do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e do modelo sanitarista (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

A visão de saúde e de necessidades de saúde está entrelaçada a uma forma de compreender a morte do Ser, devendo considerar os processos sistêmicos e complexos. Penso que um esforço cognitivo no sentido de caracterizar as necessidades de saúde é valioso, pois a ESF/SUS está presente em diversos contextos territoriais, portanto com uma diversidade cultural, que requer abordagens complexas no ato de cuidar.

Destaco as desigualdades como outro aspecto que é essencial considerar, tendo em vistas que se manifestam no espaço geográfico do país, expondo a história social, econômica e cultural de cada região, estado ou município (PAUPITZ, 2010). Esse contexto de vulnerabilização e desigualdade gera mortes cotidianas, que precisam ser interpretadas no contexto dos serviços de saúde, não só como o registro da declaração de óbito.

O profissional de saúde inserido nos mestrados acadêmicos e ou profissional ao se deparar com a ciência neutra está vivendo uma contradição, uma dialética entre: vincular e comprometer-se/responsabilizar-se e, descomprometer-se/desresponsabilizar-se! Esta questão se colocou para mim, contribuindo para que eu trilhasse esse percurso e chegasse à contra epistemologia.

O processo de entrar em contato com a política de saúde, no caso o SUS e seus desdobramentos no plano político-operativo, no caso a ESF, numa perspectiva de trabalho na saúde, na enfermagem, no contexto do semiárido/sertão cearense me faz acreditar que é essencial o conhecimento-emancipação na ESF, na prática dos profissionais da saúde, e, anterior a isso na prática dos pesquisadores e docentes nas universidades e institutos de pesquisa.

O sofrimento humano me sensibiliza e me envolve como ser humano, e, como pesquisadora, profissional de saúde e cidadã que acessa ao conhecimento científico. Sinto-me convocada a estar comprometida com a vida humana em qualquer lugar, percebendo o meu papel social e científico e a sua ampliação como uma necessidade humana de compartilhar e contribuir com novas perspectivas com o outro que sofre.

Auxilia-me, com efeito, o pensamento de Góis que concebe [...] o indivíduo como sujeito da realidade, cidadão, capaz de aprender a cuidar, cada vez melhor, de sua saúde, da saúde dos outros e da Natureza, que nele está presente e os envolve com sua potência natural (2008, p.104).

Entendo saúde como um estado em permanente transformação do ser humano, que não nega, mas que *incorpora no ser que vive as novas experiências orgânicas que surgem como saúde germinada, como saúde determinada, como saúde relacionada, como saúde condicionada*: ao lugar de nascimento e crescimento, ao ambiente, ao trabalho, à doença, à família, à comunidade, ao indivíduo, à história, ao sonho, à luta, ao desejo, ao apego à vida!

1.6 O pensamento pós-abissal pode produzir conhecimento solidário e conduzir a ação transformadora na ESF

Reconheço que é fundamental avançar na leitura do território, aceitando a complexidade e tentando uma aproximação, em certa medida, dos contextos como eles realmente são... Inspirada em Paulo Freire, que coloca a problematização como uma pedra angular na construção do saber, trago questões reflexivas que me inquietam para também elucidar que organizo o meu pensamento a partir de uma experiência e de um reconhecimento de um modelo de atenção à saúde centrado na APS, que no caso é a ESF.

Almeida-Filho e Paim (2014, p. 14) realizam uma análise do entendimento da saúde, a partir de cinco dimensões, a saber:

1. A questão conceitual da saúde, como problemática filosófica (ou mais precisamente, epistemológica) crucial para o reconhecimento dos saberes sistemáticos referidos a questões da vida, funcionalidade, competência, sofrimento, dor, aflição, incapacidades, restrições vitais e morte.
2. A saúde como fato, atributo, função orgânica, estado vital individual ou fenômeno natural, definido negativamente como ausência de doenças e incapacidade ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas.
3. A medida da saúde no sentido de avaliação do estado de saúde da população, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de risco, competindo com estimadores econométricos de salubridade ou carga de doença.
4. O valor da saúde; nesse caso, tanto sob a forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto como direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea.
5. A práxis da saúde, enquanto conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de qualidade de vida, conformados em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operada em setores de governo e de mercado, em redes sociais e institucionais.

Defendo, a partir da organização proposta por estes autores, que estas diversas dimensões estão presentes em cada sociedade de forma a compor um sistema complexo de interações e relações que desorganizam e reorganizam cada uma delas. Portanto não são estáticas, se contrapõem, estão interligadas e são interdependentes, apesar de que, no contexto hegemônico, estão submetidas a uma visão de mundo, sustentada em um paradigma fundado na ciência clássica que as separa e fragmenta.

Há numerosos estudos relacionando a morte e a vida humana com a existência de políticas públicas saudáveis. Destaco, porém, que em sua maioria, estes estudos não consideram as tensões provocadas pelo Estado no seio da sociedade, que concerne às questões econômicas, ambientais e culturais. Como se estas

questões fossem de outra ordem e, importa somente discutir focal e parcialmente tais questões, do ponto de vista dos economistas, dos ambientalistas, dos profissionais de saúde, renegando-se a complexidade destas, pois se atrela ao mercado, um vencedor, que não admite outras regras.

Assim, urge (re) pensar as práticas dos formuladores das políticas e as práticas dos seus executores em cada lugar, em cada comunidade, como é o caso da ESF! A quem serve a política pública de saúde? A que interesses? Que epistemologia embasa a prática de cuidados na ESF?

A ESF deve ter uma compreensão dos processos territoriais e sua dimensão histórica que não podem ser reduzidas a projetos focais e setoriais, que ceifam o território e aniquilam as comunidades em nome de uma vida melhor. Reconheço, neste sentido, ser fundamental a ESF compreender a relação que há entre o acesso à água em quantidade adequada e de qualidade, e a saúde humana, e a política econômica, e ao trabalho no território.

Faz-se mister conhecer que o processo saúde-doença, ao qual uma ESF tem a responsabilidade de compreender e intervir, de forma emancipatória não pode ser reduzido a um saber puramente biomédico. A atuação de forma participativa, integrada e crítica à comunidade, considerando os saberes que produzem a vida e a saúde, como também os que produzem a morte e a opressão podem ser essenciais na geração de novos saberes e práticas para as comunidades e para os profissionais da saúde no território.

Disso pode resultar novos enfrentamentos às desigualdades sociais em saúde, que passam por questões histórico-sociais relacionadas ao modo de apropriação da natureza.

Se considerar que estão em disputa, e, em estágios diferenciados de síntese, ou seja, de sua produção, mas que cada dimensão tem real sentido para o ser humano, e, que se pode avançar, a partir de uma compreensão sistêmica que incorpora o antagonismo e a contradição existente em cada parte como essencial ao todo, que é *pensar saúde*, posso imaginar o nascimento orgânico e integrado de uma *compreensão-ação* de saúde como a essência vital complexa resultante e condicionada ao viver bem.

Com o entendimento exposto acima percebo possibilidades na ecologia de saberes, como referencial epistemológico para uma compreensão de práticas de

saúde na APS, no contexto da ESF. Identifico também um desafio que é a estruturação do objeto de pesquisa, considerando que as dimensões estão entrelaçadas e não existem a não ser em relação, como assinala o pensamento complexo. Considero desafiante estabelecer os limites dos estudos em termos do seu aprofundamento de uma compreensão-ação integrada, mas reforço a necessidade deste exercício na pesquisa para se tecer novos conhecimentos.

Busco um pensamento que conduza a ação solidária e transformadora, pois estes aspectos são essenciais ao trabalho em saúde (pesquisa, ensino, serviço de saúde). Conforme assinala Santos (2010) é característica do pensamento pós abissal uma ruptura radical com as formas ocidentais modernas de pensamento e ação. Esta forma de pensar é denominada pelo autor de não-derivativa, que significa pensar a partir do outro lado da linha, precisamente porque este lado da linha é o domínio impensável na modernidade ocidental (SANTOS, 2010). Este outro lado da linha, é, pois, o Sul Global, e mais especialmente os grupos vulnerabilizados.

Parece-me fundamental esta ligação entre **pensamento e ação**, o que me remete a um movimento integrado de teoria-prática, academia-serviço de saúde, ciência-ação, rompendo com a fragmentação e tecendo um pensamento que se direciona a novas formas de pensar, com conseqüente novos mecanismos criativos de ação.

Sugere Santos (2010) que a “resistência política deve ter como postulado a resistência epistemológica”, sendo fundamental um “*pensamento alternativo de alternativas*,” o que, pode ser observado, no contramovimento, denominado pelo autor de *cosmopolitismo subalterno, que se manifesta através das iniciativas e movimentos que constituem a globalização contra hegemônica*. O *cosmopolitismo subalterno* “**consiste num vasto conjunto de redes, iniciativas, organizações e movimentos que lutam contra a exclusão econômica, social, política e cultural [...]**” (SANTOS, 2010, p.51).

Reconhece o autor, que este é, ainda, embrionário, mas que pode ser captado pela sociologia das emergências, que por sua vez:

[...] consiste numa amplificação simbólica de sinais, pistas e tendências latentes que, embora dispersas, embrionárias e fragmentadas, apontam para novas constelações de sentido tanto no que respeita à compreensão como à transformação do mundo (SANTOS, 2010, p.51).

Assinala, também, que reconhece entre os movimentos que têm participado do Fórum Social Mundial, os movimentos indígenas, como aqueles cujas concepções e práticas representam a mais convincente emergência do pensamento pós-abissal (SANTOS, 2010).

Defende Santos (2010, p. 53) que “a primeira condição para um pensamento pós-abissal é a copresença radical”, o que significa, que as práticas e os agentes de ambos os lados da linha são contemporâneos em termos igualitários, concebendo, portanto, “a simultaneidade como contemporaneidade, o que só pode ser conseguido abandonando a concepção linear de tempo.” (p.53). Neste sentido “a copresença radical pressupõe ainda a abolição da guerra, que juntamente com a intolerância, constitui a negação mais radical da copresença” (SANTOS, 2010, p.54).

Esta contra epistemologia emerge de dois fatores, primeiramente impulsionada pelo “surgimento político de povos e visões do mundo do outro lado da linha como parceiros da resistência ao capitalismo global, isto é, a globalização contra hegemônica” (SANTOS, 2010, p. 55).

Reforça o autor, que geopoliticamente, esta resistência nas sociedades periféricas do sistema mundial moderno está relacionada a uma crença na ciência moderna mais tênue, tendo em vista, que é mais visível a vinculação desta ciência aos desígnios de dominação colonial e imperial (SANTOS, 2010).

Ocorre também, a existência, nestas sociedades, de conhecimentos não científicos e não ocidentais nas práticas cotidianas das populações. Nesta perspectiva, o autor assinala que a utopia do “[...] interconhecimento é aprender outros conhecimentos sem esquecer os próprios” (SANTOS, 2010, p. 56).

O uso da ciência moderna, portanto, deve-se dar num contexto de exploração destes limites internos e externos, que só faz sentido num âmbito da ecologia de saberes, compreendendo o conhecimento como intervenção no real e não o conhecimento como representação do real (SANTOS, 2010).

Todos os conhecimentos sustentam práticas e constituem sujeitos. Todos os conhecimentos são testemunhais porque o que conhecem sobre o real (a sua dimensão ativa) se reflete sempre no que dão a conhecer sobre o sujeito do conhecimento (a sua dimensão subjetiva). Ao questionarem a distinção sujeito/objeto, as ciências da complexidade dão conta deste fenômeno, mas confinam-no às práticas científicas. A ecologia de saberes expande o caráter testemunhal dos conhecimentos de forma a abarcar igualmente as relações entre o conhecimento científico e não-científico, alargando deste modo o alcance da intersubjetividade como interconhecimento e vice-versa (SANTOS, 2010, p.58).

Friso que lidar com as contradições e complementaridades entre os diferentes sistemas de conhecimentos é essencial numa ecologia de saberes. Santos (2010) afirma, neste sentido, que a ecologia de saberes está assentada “na ideia pragmática de que é necessária uma reavaliação das intervenções e relações concretas na sociedade e na natureza que os diferentes conhecimentos proporcionam” (p.60).

O autor aponta que a ecologia de saberes se centra nas relações entre saberes, nas hierarquias que se geram entre eles, uma vez que nenhuma prática concreta seria possível sem hierarquias, contudo são dependentes do contexto, à luz dos resultados concretos pretendidos ou atingidos pelas diferentes formas de saber (SANTOS, 2010).

Santos (2009) reforça a necessária análise das potencialidades epistemológicas com vistas a restabelecer as energias emancipatórias. Para tal defende a procura por um desequilíbrio dinâmico que penda para a emancipação, sugerindo, assim, uma assimetria que sobreponha a emancipação à regulação.

Santos (2009) afirma que o paradigma da modernidade comporta duas formas principais de conhecimento – *emancipação e regulação*. Para o autor ambos os conhecimentos consistem numa trajetória entre um estado de ignorância e um estado de saber.

Santos (2009) designa o estado de **ignorância como colonialismo** e o estado de **saber como solidariedade no conhecimento emancipação**. Já, no conhecimento regulação o estado de **ignorância** é designado como o **caos** e o estado de **saber como ordem**. Estes deveriam se articular em equilíbrio dinâmico, segundo os termos do paradigma da modernidade, contudo, a imposição da racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia às racionalidades moral e prática e a estético expressiva levou à primazia do conhecimento regulação sobre o conhecimento emancipação, em que a ordem transformou-se na forma hegemônica do saber e o caos na forma hegemônica de ignorância (SANTOS, 2009). Isto permitiu uma recodificação do conhecimento-emancipação pelo conhecimento-regulação conforme seus próprios termos. Isto quer dizer que:

[...] o estado de saber do conhecimento-emancipação passou a estado de ignorância no conhecimento-regulação (a solidariedade foi recodificada como

caos) e, inversamente, a ignorância no conhecimento-emancipação passou a estado de saber no conhecimento-regulação (o colonialismo foi recodificado como ordem) (SANTOS, 2009, p.79).

Considerando o excesso de regulação, que já vão lá duzentos anos haveria que se buscar um caminho que instaurasse uma dialética positiva com o pilar da emancipação, tendo em vista, que dos três princípios da regulação (mercado, Estado e comunidade), este último, permaneceu negligenciado nos duzentos anos passados.

Para o autor, o Estado e o mercado foram colonizados pela racionalidade cognitivo instrumental da ciência moderna, enquanto, que “o princípio da comunidade resistiu a ser totalmente cooptado pelo utopismo automático da ciência, por isso, pagou duramente com a sua marginalização e esquecimento” (SANTOS, 2009, p. 75). Por consequência este princípio permanece aberto a novos contextos. O autor reforça duas dimensões do princípio da comunidade, a saber: *a solidariedade e a participação*, foram somente parcialmente colonizadas pela ciência moderna.

Afirma que, em relação à participação a colonização se deu “[...] no contexto do que a teoria política liberal definiu, de forma bastante rígida, como sendo a esfera política (cidadania e democracia representativa)” (SANTOS, 2009, p. 75). Reforça que a participação continuou a ser uma competência não especializada e indiferenciada da comunidade em muitos outros domínios da vida social (SANTOS, 2009).

Em relação à dimensão da solidariedade, a colonização ocorreu de forma incompleta nos países capitalistas desenvolvidos por meio das políticas sociais do Estado-Providência. Destaca que na esmagadora maioria dos Estados-nação *a solidariedade comunitária não especializada*, designada como *sociedade-providência* continua a ser a forma dominante de solidariedade (SANTOS, 2009).

A outra potencialidade epistemológica reside na racionalidade estético-expressiva, alicerçada nos *conceitos de prazer, de autoria e de artefactualidade discursiva*, que também foi mais resistente à colonização da racionalidade cognitivo-instrumental (SANTOS, 2009).

Apona Santos (2009) a urgência de reavaliação, revalorização e reinvenção do conhecimento-emancipação, concedendo-lhe a primazia sobre o conhecimento-regulação. Reivindica, portanto a transformação da **solidariedade na**

forma hegemônica de saber, e, por outro lado, sugere, que se aceite certo nível de **caos** decorrente da negligência relativa do conhecimento-regulação.

Assinala que a aceitação e a revalorização do caos, que já vem acontecendo, é uma das estratégias epistemológicas que tornam possível desequilibrar o conhecimento a favor da emancipação (SANTOS, 2009).

Santos (2009) reforça que o caos convida a um conhecimento prudente, contudo, reconhece que a prudência, enquanto atitude epistemológica é de difícil execução. O princípio da prudência exige que “perante os limites da nossa capacidade de previsão, em comparação com o poder e a complexidade das práxis tecnológicas, privilegiemos perscrutar as consequências negativas desta em detrimento das suas consequências positivas” (SANTOS, 2009, p. 81).

Recomenda a revalorização da solidariedade como uma forma específica de saber que se conquista sobre o colonialismo e como outra estratégia epistemológica a favor do conhecimento emancipação (SANTOS, 2009). Reforça, neste contexto, que:

A solidariedade é o conhecimento obtido no processo, sempre inacabado, de nos tornarmos capazes de reciprocidade através da construção e do conhecimento da intersubjetividade. A ênfase na solidariedade converte a comunidade no campo privilegiado do conhecimento emancipatório (SANTOS, 2009, p. 81).

Alerta, porém, que é essencial caminhar pela via da negação crítica para constituir avanços na transição paradigmática, tendo em vista a compreensão da hegemonia do conhecimento-regulação, que considera, no contexto atual, a solidariedade como uma forma de caos e o colonialismo como forma de ordem (SANTOS, 2009).

Nesta tese, empreendo um esforço para caminhar na direção de uma ecologia de saberes. Não no sentido de teorizar sobre esta, mas, de exercitá-la por meio da escrita deste texto, que traz em essência a perspectiva da ecologia de saberes, amparada no pensamento pós-abissal e complexo como uma possibilidade experienciada na saúde coletiva. A busca de unir o conhecimento externo e o interno para gerar um novo conhecimento, que seja solidário e emancipatório.

PARTE V SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POSSIBILIDADES DA ECOLOGIA DE SABERES NAS PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS NA ESF NO SERTÃO.

Figura 36: Fotografia do juazeiro, árvore da caatinga nordestina.



Fonte: Disponível no Google imagens.

Juazeiro

*Eu desejo ser sempre como o juazeiro...
 Que demonstra sua resistência embelezando o sertão nas estiagens,
 porque é da sua própria natureza ser sombra firme que acolhe!
 Que com coragem ousa dizer: há vida na seca, há vida na miséria!
 Que mesmo quando todo o sertão se tingem de cinza e o sol arde,
 florescem as suas folhas e renasce a esperança de verde se pintar e colorir o
 mundo: o direito de resistir, lutar e ousar transformar o mundo cinza de muitos em
 verde para todos!*

Vanira.

Esta parte da tese tem um significado muito especial para mim. Afinal, este texto está chegando às últimas páginas. E estas foram escritas num laborioso e intenso mergulho em si, em leituras, horas a fio dedicadas a sistematizar uma reflexão. Esclareço um ponto acerca desta parte da tese. Eu como leitora, quando tenho um texto extenso para ler, muitas vezes leio primeiramente, as considerações, as conclusões, as recomendações do autor, para então, a partir desta parte do texto tomar a decisão de continuidade ou não da leitura. Imagino que alguns agem como eu, e, podem inclusive tomar a decisão de só ler esta parte, motivo que esta conterà elementos talvez desnecessários para quem fizer a opção de ler o todo. Peço compreensão a estes leitores se houver algo dito por aqui que devia estar dito noutra parte.

As ideias semeadas nesta tese têm a intenção de pintar de verde e colorir o mundo cinza da ciência para alguns. Saber, porém, se o conteúdo expresso neste texto amenizará algum sofrimento humano não é possível. Na prática assistencial responder esta pergunta me parecia fácil e essencial, já na ciência não tenho tanta clareza, principalmente quando leio os artigos científicos, as teses, as dissertações, os livros.

Bem, mas esta tese permitirá que eu tenha a titulação de doutora, e isto é deveras significativo para mim. E desejo crer que este texto possa talvez, em algum tempo histórico, acalantar os sofrimentos: a) das pessoas que estão nas unidades básicas lotadas a procura de satisfazer suas necessidades em termos de acesso ao serviço de saúde; e b) dos profissionais de saúde na ESF, que estão atendendo nas unidades básicas muitas vezes com péssimas condições de trabalho.

Recorro ao Guimarães Rosa, poeta que já citei anteriormente, que ensina:

*Quando escrevo, repito o que já vivi antes.
E para estas duas vidas, um léxico só não é suficiente.
Em outras palavras, gostaria de ser um crocodilo vivendo no rio São Francisco.
Gostaria de ser um crocodilo porque amo os grandes rios, pois são profundos como a alma de um homem. Na superfície são muito vivazes e claros, mas nas profundezas são tranquilos e escuros como o sofrimento dos homens.*

A reflexividade que aceita as contradições e os paradoxos é, pois, meu ponto de partida e de chegada. Como Guimarães os polos opostos que integram o mesmo rio: a superfície e as profundezas, ambas essenciais no processo que dita à produção de um novo saber, de um saber emancipatório, constituído a partir da ecologia de saberes.

O novo como assinala Guimarães Rosa, é, pois, repetir o que já vivi antes, e, repeti-lo, porque o presenciei, porque o (re)conheço, porque quero modificá-lo, porque acredito que novas práticas de saúde são necessárias no sistema de saúde brasileiro; que estas novas práticas articulem um conjunto de sujeitos individuais e coletivos em prol da saúde coletiva, do SUS, do enfrentamento das iniquidades em saúde, da permanente luta pela democracia e pela vida.

Paulo Fleury e Carla Bronzo (2010) reforçam que:

[...] mesmo que a superação da alienação capitalista e a perspectiva autônoma da livre deliberação e decisão coletivas não se apresentem diretamente em tela no debate atual nem no horizonte prático. Esse *télos* certamente pode e deve ser um norte para os nossos debates e posicionamentos (p.48).

Com efeito, devo ter em mente o horizonte de uma soberania popular numa democracia deliberativa e autônoma, numa *perspectiva emancipatória*, do autogoverno e da máxima liberdade de escolha, pautada na superação da alienação econômica e política (FLEURY; BRONZO, 2010).

No Brasil, a saúde coletiva foi construída a partir de uma conjuntura na qual a questão democrática era debatida pela sociedade civil, especialmente pelos movimentos sociais, incluindo os segmentos populares, como os movimentos (estudantis e sindicais) e da classe média (intelectuais, profissionais de saúde, artistas, advogados, entre outros), além das universidades, institutos de pesquisa e escolas de saúde pública. Numa conjuntura de luta pela democratização da saúde, defendendo o reconhecimento do direito à saúde como inerente à conquista de cidadania (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

O conhecimento crítico na saúde coletiva nos seus primórdios apontava para a degradação das condições de vida e saúde da população e procurava explicar a determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas de saúde (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014, p.11).

Nos tempos atuais este conhecimento crítico para ser insurgente precisa nutrir-se de novas proposições epistemológicas para conceber uma leitura ampla do território e do modo de vida. O repensamento do sistema de saúde deve ser concebido nesse contexto dinâmico de conflitos, disputas, de assimetrias de poder, de uma sociedade plural com a forte presença das lógicas já apontadas por Martins (2003,

2013): positivista autoritária, com características da oligarquia colonial e a liberal mercantil, impulsionada pelo neoliberalismo.

A saúde coletiva, na contemporaneidade, vive em intenso processo de reafirmação social, que é contínuo, apesar desta estar instituída e consolidada como um espaço autônomo e específico. Contudo é essencial este processo de reafirmação em que se reproduzem os valores e as perspectivas históricas que animaram a sua criação. A saúde coletiva também precisa estar envolta em novos questionamentos a exigirem sua renovação, como capacidade de rerepresentar e propor o novo (VIEIRA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Neste contexto firmar um modelo assistencial centrado nos sujeitos, que favoreça a autonomia, como sugere a ESF é desafiante do ponto de vista científico, cultural, histórico, político e social numa sociedade capitalista, com forte hegemonia do modelo médico-privatista.

A ESF, como proposta contra hegemônica e como porta de entrada das pessoas no SUS apresenta no contexto atual uma diversidade de problemas relativos à sua implantação como: **pior desempenho em áreas rurais; a lógica da territorialização ainda não se faz na perspectiva de espaços socio sanitários de maior risco para priorização de ações, e fragilidade da participação social** (MEDINA; HARTZ, 2009, NUNES, 2011, AQUINO *et al.*, 2014).

Pessoa (2010, 2013) realizou um estudo com comunidades rurais sugerindo que a compreensão de território e dos instrumentos de abordagem do mesmo, quais sejam: a territorialização em saúde, os mapas falantes, os mapeamentos participativos precisam estar ancorados em dois princípios fundamentais: a problematização crítica das transformações e mudanças advindas com o modelo de desenvolvimento econômico que se concretiza no território e a efetiva participação social. Destaca a autora que estes ainda são desafios à ESF, pois requerem conhecimentos e habilidades relacionadas a outros campos disciplinares como: da educação, da geografia e das ciências sociais.

O território é um espaço dominado e/ou apropriado em um sentido multiescalar e multidimensional, que só pode ser devidamente apreendido dentro de uma concepção de multiplicidade e de uma multiterritorialidade, sendo essencial trabalhar com a multiplicidade dos territórios, com vistas a alcançar mudanças efetivamente inovadoras (HAESBAERT, 2005).

A territorialização em saúde ou um mapeamento participativo facilitam o reconhecimento dos sujeitos, que no caso do sertão/campo são descendentes de indígenas, negros e brancos que estão representados pelos sertanejos (vaqueiros, lavradores, pequenos criadores de animais, trabalhadores (as) rurais assalariados, agricultores (as) familiares, comunidades de quilombolas e assentados).

Em relação a participação social Pessoa (2010, p. 193) refere que o “[...] exercício do poder pelo controle social nos espaços representativos precisa ser ampliado no território, com base uma visão complexa sobre a realidade, e travar continuamente debates comunitários, políticos e ideológicos que traduzam e expressem os desejos e anseios do povo.”

Reforça ainda a autora que o contexto da reestruturação produtiva das novas relações de trabalho e as transformações ambientais tem gerado novas necessidades de saúde e demandado novas práticas sanitárias na APS.

Carneiro *et al.* (2014) referem que o Estado brasileiro tem uma dívida histórica com as populações rurais/camponesas, e, em relação à política de saúde ainda carece de acesso a serviços básicos. Estas populações reivindicam um modelo de atenção que atenda suas necessidades de saúde, que priorizem a saúde relacionada ao modo de viver e produzir/trabalhar que dialogue com os seus saberes e práticas tradicionais. Trata-se de uma ESF que seja estruturada conforme os preceitos do novo modelo de atenção, que rompa com a lógica curativista.

Carneiro *et al.* (2014) destacam alguns movimentos que têm realizado a luta política por saúde no campo, florestas e águas no Brasil: Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF); Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); Movimento de Luta pela Terra (MLT); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM); Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); Movimento da Mulher

Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (FEPEAL).

Tive diversas oportunidades de participar de oficinas e seminários nacionais com os movimentos sociais acima citados nos últimos cinco anos. Dentre estes eventos cito uma oficina do obteia - teia de saberes e práticas, realizada em Goiânia, por ocasião do congresso da Abrasco em julho de 2015, que reuniu movimentos sociais de nove territórios representantes de comunidades de nove estados brasileiros relatando principalmente a dificuldade de acesso à saúde no campo, na floresta e nas águas

Os movimentos sociais articulados com um conjunto de pesquisadores da saúde coletiva, em especial dos campos da saúde/ambiente e saúde/trabalho tem contribuído na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação de políticas de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas.

Dentre as diversas ações ressalto a Marcha das Margaridas (2011) reivindicando serviços de saúde com foco nos trabalhadores rurais, principalmente relacionado ao uso intensivo de agrotóxicos no campo, tais como: os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural e Ambiente (CERESTA) e um plano nacional de vigilância das populações expostas a agrotóxicos. Estas reivindicações estão pautadas na falta, ou insuficiência no acesso à saúde na ESF, como também em outros pontos de atenção. Os movimentos têm reconhecido a invisibilidade dos problemas de saúde que acarretam as populações rurais/camponesas pela deficiente atuação da vigilância em saúde ambiental e do trabalhador, por exemplo, e tem desenvolvido ações junto aos gestores do SUS e de pesquisadores para garantir o direito à saúde.

Destaco que se soma a esse processo de luta por saúde no campo a Abrasco, como uma entidade do conjunto de profissionais e pesquisadores da saúde coletiva, por meio dos seus grupos temáticos com a articulação e mobilização nacional de pesquisadores que se comprometem em discutir o trabalho rural, os agrotóxicos, o agronegócio, a agroecologia na perspectiva crítica de conhecimento em busca de uma ecologia de saberes.

De todo este processo resultou a publicação pelo Ministério da Saúde (MS) de duas políticas que abordam o modo de viver e produzir como fundamentais para abordagem no cuidado em saúde destas populações, a saber: A política nacional de

saúde integral das populações do campo, floresta e águas (PNSIPCFA), publicada em 2011 e a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora (PNSTT) publicada em 2012.

A PNSTT reforça o trabalho e relevância das ações de vigilância dos ambientes de trabalho, a promoção da saúde dos trabalhadores (as), bem como a notificação de um conjunto de agravos, entre estas as intoxicações por agrotóxicos.

A PNSIPCFA está inserida dentro de um conjunto de políticas de promoção da equidade no SUS, que chama a atenção para diversos grupos vulnerabilizados no Brasil, pois estão mais expostos a situações de maior risco e vulnerabilidade considerando a determinação social da saúde. Dentre estes aspectos destacam-se os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos como o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros (BRASIL, 2013).

Dentre estes grupos citam-se: as populações do campo, floresta e águas, mas também a população negra, a população de rua, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e a população cigana. Estes grupos populacionais requerem uma atuação da política de saúde que valorize as suas singularidades, especificidades e diferenças seja no modo de viver/produzir, seja em relação ao gênero/orientação sexual, seja na etnia, seja na sua identidade, dentre outros aspectos culturais. São grupos populacionais que necessitam de uma abordagem em saúde contra hegemônica, tendo em vista que são oprimidos, negados e excluídos historicamente pelos processos hegemônicos tanto na saúde como na conformação social, histórica e política da sociedade brasileira.

Posto os sujeitos neste cenário, para reafirmar a necessidade da contra epistemologia na saúde coletiva para subsidiar as práticas emancipatórias no SUS e mais especificamente na ESF. Esta pluralidade de sujeitos singulares reivindica a tessitura de uma ecologia de saberes para promover práticas de saúde emancipatórias, considerando o processo de atenção-cuidado.

Neste texto estou abordando as populações do campo/sertão, mas devo considerar que os aspectos étnicos, de gênero/orientação sexual e de classe estão articulados e conjugados também neste grupo populacional. É necessário destacar o

modo de vida e um olhar do serviço de saúde para estas populações, que ainda são as que têm mais dificuldades de acesso ao SUS, por estarem em territórios rurais.

As PNSIPCFA (2011) e PNSTT (2012) tem aproximações quanto a sua visão de atenção, de vigilância e promoção da saúde, pois ambas consideram os ambientes de trabalho e de vida como essenciais ao cuidado em saúde. A PNSIPCFA (2011) reforça a dimensão do modo de vida tradicional, neste incluído o trabalho como uma dimensão positiva da saúde, enquanto que PNSTT (2012) aborda o trabalho na perspectiva de promover ambientes de trabalho saudáveis, sendo uma política que subsidia o SUS em relação à atuação a toda a população. A PNSIPCFA (2011) reforça a especificidade, a singularidade e expõe do ponto de vista da equidade a dificuldade do acesso a saúde para estas populações, como também o reconhecimento do modo de viver e de cuidar destas populações como necessários a abordagem em saúde.

A ESF em territórios rurais para atuar com resolubilidade precisa compreender e praticar a visão de saúde que já estão esboçadas nos normativos ministeriais: política nacional de atenção básica (2012), política nacional de saúde integral das populações do campo, floresta e águas (2011), política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora (2012), dentre outras. Também precisa se apropriar de problemas complexos relacionados ao modelo de produção centrado na reprimarização de economia, que se expressa em forte alteração do estado de saúde das populações rurais/camponesas.

Estas políticas servem de âncora normativa para tencionar a incorporação no cuidado a saúde de tais aspectos: modo de viver e produzir. Reconheço estes aspectos como importantes para avançar nas práticas emancipatórias na ESF.

Reafirmo, porém que as práticas para se transformarem na ESF necessitam mais do que as prescrições legais. Estas são importantes por facilitarem o desencadeamento de um conjunto de ações de capacitação, por exemplo. Contudo, o que é necessário é a produção de um novo saber, mediado pelos saberes existentes no território, sendo essencial a integração do ensino, da pesquisa e do serviço nestes territórios que já tem a clareza que querem outro modelo de atenção à saúde, que respeite, valorize e incorpore seus saberes ancestrais.

A saúde coletiva, portanto, deve formular novas perguntas com vistas a confrontar com o tradicional, evitando certas restaurações, como também realizar

pesquisas e reflexões que fundamentam a práxis transformadora de sujeitos individuais e coletivos (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Aquino *et al* (2014) referem que existem muitas controvérsias sobre quais são os reais atributos da APS, como também, quais as melhores formas de organização e sobre como avaliar seus modelos de implantação e seus efeitos. Na visão das autoras a ampliação do escopo da ESF/APS com vistas a incorporação de novas ações ainda se revela limitada, fortemente dependente do contexto local. Os arranjos institucionais e organizacionais dos municípios e seus modos de operacionalização condicionam a implementação da ESF nos sistemas locais de saúde (AQUINO *et al.*, 2014).

Reforçam, portanto, que o amplo leque de atuação da ESF “[...] exige novos saberes, tecnologias e novas práticas e valores [...]” (AQUINO *et al.*, 2014, p.369).

Ante o exposto me dediquei na formulação de novas perguntas em busca de práticas emancipatórias na ESF. Minhas questões remetem ao pensamento necessário a proposição de práticas emancipatórias em saúde nos contextos rurais/camponeses, e, defendi a partir do conhecimento experiencial, a ecologia de saberes.

Considero que o ensino (formação) e a pesquisa (produção de saberes/conhecimentos) acontecem num processo de fusão, em que um nutre o outro, e ambos se tornam renovados a partir da consciência política e crítica do papel individual e coletivo do educador e do educando, do pesquisador aprendiz e do pesquisador orientador. Esta relação em que ambos reconhecem seus limites teóricos e metodológicos e se encorajam a descobrir novas formas de atuação compartilhada em diálogo permanente com a sociedade foi estruturante do desenvolvimento do meu aprendizado de pesquisadora da saúde coletiva.

Resgatei uma experiência na ESF que me possibilitou uma compreensão da vastidão da APS e do quanto é desafiante, por um lado para os profissionais da saúde: acompanhar o processo de transformação no território e propor intervenções, e, por outro lado, os pesquisadores realizarem pesquisas propositivas e interventivas, de base reflexiva. A velocidade que conforma mudanças na dinâmica do território impele os pesquisadores a realização de muitas pesquisas diagnósticas. E, no meu entendimento, atualmente a APS/ESF/ABS apresenta uma necessidade enorme de proposições teóricas e metodológicas para avançar nas suas práxis, para que possa

fomentar vínculos dos profissionais com a população usuária recheado de significados no cotidiano do serviço, rompendo com a alienação.

Reconheço a partir do lugar de pesquisadora, que também é desafiante para o pesquisador ancorar sua prática de pesquisa no território, com suas dinâmicas e interações que se redesenham velozmente no espaço-tempo. Por outro lado, destaco que dialogar e exercitar a diversidade de métodos de pesquisa, bem como as teorias e perceber as lacunas e limites que cada um contém no território é essencial na criação de um futuro desejável a humanidade.

Hoje, depois de tantas leituras, observações, práticas educativas nas comunidades e famílias e escutas de profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, movimentos sociais do campo, como também, das escutas das dores, dos silêncios e das alegrias dos sertanejos e sertanejas sertão adentro eu percebo que:

a) O trabalho rural, seja o trabalho na agricultura tradicional, seja o trabalho na agricultura agroecológica, seja a criação dos animais tem implicações no modo de vida e nas relações estabelecidas com a natureza, que não estão pautadas na lógica do capital, mas numa relação integrada comunidade-natureza.

b) A convivência com a escassez de água, com a presença do sol a maior parte do tempo, com a terra nem sempre fértil permite aos moradores/trabalhadores uma compreensão acerca dos limites e possibilidades da natureza, e, conseqüentemente da dimensão humana nesse modo de vida.

c) As políticas sociais, como a política de saúde, para as populações do semiárido não compreendem esta relação e, o setor saúde, por sua vez repete práticas autoritárias e não reconhece os fatores envolvidos na produção da saúde e da doença relacionados ao trabalho-ambiente no semiárido.

d) A ESF, apesar de ter nos seus princípios e diretrizes a dimensão do território como central não registra os problemas de saúde e as necessidades de saúde das populações do campo, residentes e trabalhadoras no sertão nordestino.

e) A ESF em territórios rurais, na prática pouco atua/intervém em situações decorrentes da ausência de outras políticas públicas,

tais como: saneamento básico e ambiental, educação, transporte, lazer, ou seja, pouco articula uma visão ampliada de saúde, intersetorial e interdisciplinar. Entendo que, a atuação em saúde incorporando estas dimensões exige: diálogos, interações, aprender novos conhecimentos, estabelecer novas relações, romper com processos arraigados de agir, criar novos mecanismos de estabelecimento do cuidado em saúde, que necessariamente reivindica uma ecologia de saberes. Também porque é essencial valorizar nas práticas de saúde a especificidade, a diferença e a singularidade que é inerente as populações humanas habitantes de contextos rurais/sertanejos;

f) A ESF em territórios rurais, na prática pouco aborda no seu processo de trabalho ações promotoras da saúde, compreendidas a partir da determinação social da saúde destas pessoas, enquanto sujeitos ativos – trabalhadores detentores de um modo de vida emancipatório, apesar da negação de direitos sociais;

g) A ESF, em territórios rurais, reproduz uma visão de saúde hegemônica, que desconsidera os saberes e práticas locais essenciais para a saúde humana, pois estão costurados numa base de convivência humana com a natureza, e, que podem contribuir para novas práticas de saúde mais justas e solidárias;

h) A ESF, em territórios rurais, não considera o território e as comunidades como fonte de ensinamentos e aprendizagens, mas somente de carecimentos e de ignorâncias, que precisam do saber dos profissionais da saúde advindos da universidade;

i) A ESF, inserida em territórios rurais, considera as comunidades sertanejas como: pobres, analfabetos e incapazes de cuidar da sua saúde. Ou seja, desconsidera a luta e a resistência que se tece cotidianamente num movimento sistêmico, em que o humano, a partir de uma permanente interação com a natureza, e, esta, por sua vez, determina os ciclos de trabalho, e, conseqüentemente de possibilidade de vida no sertão, promovendo um movimento cíclico humano/natureza/trabalho – vida!

j) A ESF, inserida em territórios rurais, cumpre minimamente os princípios essenciais do SUS: acesso e equidade, mas está longe de atuar

de forma integral, com efetiva participação social, respondendo as necessidades de saúde, centradas numa identidade, num lugar, num território-sertão.

k) A ESF, como elemento prático da saúde coletiva, reivindica, a partir de seus próprios princípios - práticas emancipatórias, sendo fundamental para esta avançar no diálogo de saberes, numa relação de sujeitos cuidadores do território e das pessoas; pois as pessoas que são o objeto de cuidado da ESF são também cuidadoras de suas famílias, de suas comunidades e de seu território.

l) A ESF precisa, portanto, de uma reorientação da sua visão de saúde, como também das suas práticas de saúde, numa perspectiva mais interdisciplinar, complexa e política, sendo a tessitura deste processo uma responsabilidade teórica da saúde coletiva.

m) A ESF precisa de abordagens complexas para atuar nos territórios/comunidades, no trabalho em equipe, no encontro clínico individual, no cuidado as famílias considerando as necessidades de saúde;

n) A ESF para reorientar o modelo assistencial e superar o modelo hegemônico (médico hospitalocêntrico e o sanitarista campanhista) promovendo práticas emancipatórias precisa de uma fundamentação epistemológica, de um pensamento emancipatório, tal como é o pensamento pós-abissal.

o) A ESF ancorando suas práticas na ecologia de saberes, que é um pensamento que reintegra a pluralidade de conhecimentos existentes no território, pode conformar processos reflexivos e críticos que amplie a visão acerca do território, da saúde e das necessidades de saúde na saúde coletiva.

p) A ruptura com a relação sujeito-objeto e a incorporação dos sujeitos na pesquisa social em saúde na perspectiva de gerar um novo saber, uma nova prática, um novo valor pode se dá mediado pela ecologia de saberes, considerando o interconhecimento e a tradução intercultural com pedras angulares.

q) A atuação da ESF tendo como base epistemológica a ecologia de saberes terá abertura paradigmática para tecer pontes: entre a clínica, que é

central na resolução dos problemas agudos e crônicos de saúde na ABS e a epidemiologia e a promoção da saúde numa perspectiva de romper com o epidemiopoder e com a supremacia do estilo vida individual como um grande vilão da saúde; mas na intencionalidade de enriquecer as dimensões da vigilância, da atenção, do cuidado, com outros saberes que tensionem para uma nova visão de necessidades de saúde pautada na autonomia e coprodução de saúde no território/comunidade, famílias/indivíduos, trabalhador/usuário.

r) A Atuação na ESF resolutiva precisa fortalecer o sujeito (trabalhador e usuário) na perspectiva de que há necessidade de avançar na autonomia de ambos, enquanto sujeito-aprendente de uma nova prática em saúde, que articula saberes contra hegemônicos para a produção de um novo modelo de atenção à saúde não hegemônico e contrário aos interesses capitalistas;

s) A ESF como modelo de atenção à saúde capaz de romper com o modelo hegemônico (médico privatista e sanitarista campanhista) precisa romper com a relação de Estado (SUS) e Sociedade (Pobres) para estabelecer uma relação Estado (Políticas Sociais e Econômicas Sustentáveis) e Sociedade (Todos). Este processo pode ser tecido no âmbito do conhecimento-emancipação, que já articula uma visão de Estado e Sociedade, compreendendo o pilar da comunidade como uma âncora para avançar na produção do conhecimento solidário;

t) A ESF tem como diretrizes atuar numa perspectiva relacional tecendo relações clínicas e terapêuticas contínuas com indivíduos e família, estabelecendo relações entre os profissionais e em equipe e destes com o território/comunidades/famílias com vínculo e afetividade; realizar o acolhimento das necessidades de saúde estabelecendo mecanismos de responsabilidade e humanização das práticas de saúde. Estes aspectos reivindicam um saber, que não é o conhecimento científico, mas um saber que é produzido na interação, na cooperação, na partilha humana que requer a arte, a literatura, a poesia, a música, entre outros saberes para gerar um saber ético-político-solidário, que se compromete com a singularidade individual e coletiva no âmbito do cuidado do indivíduo, da família, do território, da comunidade.

Este saber ético-político-solidário é um pilar das práticas assistenciais, de promoção e de vigilância na atenção à saúde, que serve de âncora a dimensão clínica e epidemiológica. Este saber não existe de imediato, no momento que se conclui uma graduação de medicina ou de enfermagem, por exemplo, e se assume um posto de trabalho na ESF, visto que este saber ético-político-solidário é co-produzido no contexto de práticas. Contudo, para que ele tenha um caráter emancipador precisa ser desenvolvido numa interação permeável entre a ESF/academia/movimentos sociais noutra perspectiva epistemológica, como é a ecologia de saberes;

u) A produção do conhecimento-emancipação deve se dá no contexto de práticas territorializadas e singulares no ato de cuidar da saúde, reivindicado o estabelecimento de outra relação entre a academia e o serviço de saúde e comunidade como sujeitos da produção do novo modelo de atenção, que é a ESF.

v) A ESF/SUS que atua em territórios de maior vulnerabilidade socioambiental, como áreas de agronegócio, de grandes empreendimentos, com intenso fluxo migratório e intensa transformações advinda do modelo de produção, que ocasiona aumento da prostituição, do uso de drogas, violência, esgarçamento do tecido social precisa atuar considerando o dinamismo do território, tais como: processos de desterritorialização e reterritorialização; isto requer habilidades de fortalecimento da luta social local por saúde, constituindo relações sociais que evidencie as relações de poder em permanente tensão e disputa no território num processo de correponsabilização com sujeitos que conformam as novas territorialidades. Esta efervescência de transformações também relacionadas a toda mudança advinda com a internet gera necessidades de planejamentos participativos críticos, considerando essas diversas dimensões que geram necessidades de novas práticas, valores e de novos saberes para aqueles que compartilham o modelo de atenção ESF no território (profissionais e comunidades);

w) A ESF para atuar com uma visão de necessidades de saúde compartilhada, com responsabilidade sanitária na coprodução de sujeitos individuais e coletivos, necessita ampliar o uso de métodos de pesquisa, tais como: autobiografia, pesquisa-ação, pesquisa-participante, problematização,

método da roda, educação popular, entre outros como ferramentas disparadoras de reflexividade e de síntese com vistas à ecologia de saberes, que deve subsidiar epistemologicamente a produção do novo conhecimento, um interconhecimento, ou o conhecimento emancipatório em saúde nos territórios/comunidades/famílias.

Reconheço diversos desafios e necessidades para a ESF se configurar como um modelo de atenção emancipatório no SUS, com uma base epistemológica e metodológica, em que a saúde da família possa ser incorporada na saúde coletiva, como um novo campo disciplinar, uma área de conhecimento, que não é só clínica, nem só epidemiologia, nem só promoção da saúde, nem só vigilância, mas que utiliza múltiplas abordagens para atuar nas necessidades de saúde centradas em territórios/famílias/comunidades/indivíduos. Cada uma destas dimensões requer mecanismos diferenciados para o cuidado em saúde.

Estes desafios que vivi na minha prática profissional na ESF e que vivo na prática acadêmica me estimulam a empreender esforços para contribuir nesta seara com uma visão de saúde e de necessidades de saúde, em que os elementos do trabalho humano, da natureza, da ciência estejam em planos mais próximos das práticas de pesquisa, ensino e serviço de saúde.

Com efeito, dei-me à crítica a partir desta identidade, que se funda nestas alianças: entre as tecnologias do arcaico/rural e do moderno/urbano; entre as práticas de saúde necessárias na abordagem às famílias/comunidades/indivíduos na ESF e as práticas de saúde no hospital; entre os sujeitos/moradores/trabalhadores do território/sertão e os sujeitos/profissionais da saúde/detentores de práticas de saúde hegemônicas de cuidado em saúde; entre os conhecimentos oriundos do convívio/leituras de pesquisadores doutores da ciência e da filosofia/sociologia e os saberes dos poetas, músicos, pintores, fotógrafos.

É nesta polarização que me constitui como militante da vida e da saúde, entre o rural e o urbano e a busca de práticas de saúde emancipatórias no meu labor na ESF e na academia. Acredito que as práticas e os conhecimentos humanos constituem um processo permanente de produção e reprodução da vida, não só humana, mas, que impacta também nos demais seres vivos na terra.

Reconheço, nesse sentido, a resistência, a resiliência, a luta por direitos sociais básicos e por um modo de vida das comunidades e por outro o profissional de

saúde que convive com a dupla contradição: contribuir na promoção da autonomia dos sujeitos de forma criativa, como também ser trabalhador da saúde dentro de um modelo, que reforça e sobrecarrega este trabalhador também como inoperante e incapaz, reforçando o seu papel instituído, conferindo uma integração direta, que conforma, por um lado o Estado ineficiente, representado por profissionais incompetentes (indivíduos) e serviços precários – e, por outro população insatisfeita nas suas necessidades.

Reconheço a relação dialógica que existe na expressão coletiva e individual de tais processos no plano concreto-operativo da política de saúde para identificar as perspectivas de colaborar na execução das ações de saúde nos territórios. Compreender que as necessidades dos pobres, hoje, principais usuários do SUS, e, mais especialmente da ESF nos territórios/comunidades, requer a construção da saúde coletiva no cotidiano dos serviços de saúde e na pesquisa acadêmica tendo em vista uma aproximação com um referencial comprometido ético-politicamente com a vida humana.

Acredito que a ecologia de saberes tem muito a contribuir com a emancipação das práticas de saúde. Esta tem abertura para subsidiar os contraditórios em busca de uma nova realidade, a ser tecida junto, como ensina o pensamento complexo. É preciso, que o profissional de saúde tenha clareza de que as necessidades de saúde, provenientes de pessoas/famílias/comunidades precisam ser contextualizadas no território, revelando as especificidades de crianças/adolescentes/jovens/adultos/idosos, como também de homens/mulheres, no mundo rural/urbano.

É necessário instaurar uma estranheza em relação as práticas de saúde vigentes. Esta estranheza significa colocá-las em permanente crítica de si e de outrem. A ESF, como uma possibilidade orientadora de uma nova prática de saúde deve se comprometer no desvelamento de necessidades de forma colaborativa, participativa, num contínuo exercício democrático com vistas a transitar de uma visão doença-centrada, para uma visão saúde-centrada, ao mesmo tempo que recria uma visão de Estado para dentro e para fora do serviço de saúde.

É fundamental compreender e resgatar os propósitos da reforma sanitária assumido pelo SUS nos seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social como conquistas sociais decorrente de lutas, que não podem ser

estilhaçadas por este movimento global de conferir ao mercado a legitimidade do cuidado em saúde.

Reconhecer que o processo saúde-doença, pode ser melhor apreendido na *relação* estabelecida entre: profissional da saúde/usuário do serviço de saúde; equipe de saúde/família; território/comunidade, e que esta relação é permeada de necessidades humanas, especificamente de saúde, que precisam ser reconhecidas de forma objetiva e universal, considerando os princípios do SUS.

É imperativo perceber a diversidade e a pluralidade de saberes e práticas, as contradições, os conflitos e as singularidades que estão presentes no âmbito das famílias/comunidades/territórios para estruturar um processo de trabalho responsivo, propositivo, reorientador de si numa interação complexa com o outro. Para tal, os profissionais da saúde precisam fortalecer-se, enquanto sujeitos constituintes e participativos deste e neste Estado, numa perspectiva de desenvolver sua autonomia de agência e autonomia crítica. Isso pode promover a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, saltando de um saber-fazer operativo de normas e prescrições, para um saber-fazer promotor de saúde, integral e centrado nas necessidades de saúde.

Reconhecer que a produção das necessidades de saúde alicerça-se no plano concreto da sociedade, e não é mera abstração de indivíduos; como também perceber os limites impostos a estes indivíduos no desenvolvimento de sua autonomia, o que impera numa repetição de uma visão hegemônica de saúde - reforçada no imaginário simbólico pelo mercado e pelo Estado - centrada no consumo de serviços médico-hospitalares em detrimento das ações promotoras de saúde.

Com efeito, é preciso que os profissionais de saúde visualizem as necessidades de saúde, primeiramente, considerando a existência ou não existência dos satisfatores e:

- ✓ Entender as diferenças existentes entre os desejos dos profissionais e usuários dos serviços e as necessidades de saúde de ambos nas práticas de atenção à saúde;
- ✓ Reconhecer que satisfazer necessidades de saúde requer lidar com conflitos e disputas e não se submeter ou submeter o outro aos desejos e vontades individuais;

- ✓ Aceitar que a construção de um modelo de atenção à saúde incorpora a dualidade e as disputas e redimensiona as práticas de saúde, numa perspectiva contra hegemônica como é o SUS;
- ✓ Entender o humano, a partir da sua condição humana e não como consumidor de serviços primários, secundários ou terciários, reforçando o caráter de cidadão de direitos;
- ✓ Reconhecer a mudança necessária das práticas de saúde, do modo de pensar e conceber as relações entre profissionais da saúde/usuários dos serviços de saúde; e
- ✓ Compreender a ciência hegemônica e os seus limites e possibilidades, aceitando a permeabilidade de se inscrever em outras formas de saberes.

Avançar nestes aspectos do ponto de vista científico, lugar de onde tenho certa legitimidade para me colocar atualmente, requer radicalizar com o pensamento clássico e se mover noutros rumos em busca de horizontes na saúde coletiva que minimizem o sofrimento humano e promovam à vida. Este foi o esforço constituído nesta tese, de entretecer um saber/conhecimento, maturado no chão firme da experiência articulado a uma epistemologia, a uma metodologia, a uma cultura, a uma identidade com vistas a construir uma ponte para transitar para um momento novo na pesquisa em saúde na ESF.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO CEARÁ (ADECE). **Setores da economia**: potencialidades do Estado (link). Disponível em: <<http://www.adece.ce.gov.br/index.php/agronegocio/agronegocio-cearense>>. Acesso em: 28 fev. 2014.
- ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007 .
- _____. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. (Coleção Temas em Saúde).
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J.S., Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 2, p.13-27.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. Saúde coletiva como campo de saberes e de práticas: abordagens e perspectivas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 4, p. 41-45.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Saúde coletiva: futuros possíveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 45, p. 669-686.
- ANUÁRIO do Ceará. Fortaleza: Ed. O povo, 2014.
- AQUINO, R *et al.* Estratégia saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 25, p. 353-371.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e prática da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ASSARÉ, Patativa. **Triste partida**. Disponível em: <<http://www.amopoesias.com.br/poesia/patativa-do-assare/a-triste-partida/>>. Acesso em: 12 abr. 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. (ABRASCO). **Relatório “seminário sobre saúde ambiental e saúde do trabalhador e suas interfaces com o programa de aceleração do crescimento (pac)**. (2007). Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/sites/gtsaudeeambiente/documentos/>>. Acesso em: 21 set. 2015.
- AUGUSTO, L. G. S. *et al.* (Org.) **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

AUGUSTO, L. G. S.; MOISES, M. Conceito de ambiente e suas implicações para a saúde. *In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 1., 2009, Brasília. Caderno de Textos.* Brasília, 2009.

BARATA, R. B. Necessidades sociais de saúde e organização tecnológica no controle da malária. Abordagem teórica e metodológica. **Espacio Abierto**, v. 8, n. 2, p. 313-343, 1999.

BARROS, M. **Memórias inventadas: a infância.** [S.l.]: Ed. Planeta, 2003.

_____. **Memórias inventadas: a terceira infância.** [S.l.]: Ed. Planeta, 2005.

BEZERRA, M. D. G. V. *et al.* Implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde em comunidades portuárias no Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.19, n.10, p. 4023-4030, out. 2014.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.575-586, mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 11.346/2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htmBOSI>. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos 2008 – 2011.** 2. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.937-951, 2003.

_____. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRINGEL, B; VARELLA, R. V. S. **Pesquisa militante e produção de conhecimentos: o enquadramento de uma perspectiva.** 2014. Disponível em: <<http://netsal.iesp.uerj.br/images/diversos/Texto-base.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2014.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface**, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CARNEIRO, F. F. *et al.* Teias de um observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Colet.**, v. 8, n. 2, p. 275-293, 2014.

CARVALHO, E. A. Complexidade e ética planetária. *In*: PENA-VEGA, A.; ALMEIDA, E. P. (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p.107-117.

CASTIEL, L. D. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. *In*: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, cap. 8, p.161-179.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p.194-199, abr./jun. 2014.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.171-183, jan. 2010.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p.1614-1619, jul. 2009.

COTTA, R. M. M. *et al.* Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 31, n. 3, p. 278-286, 2007.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E; M. G. DE S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Temas em Saúde).

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. (Policies and Strategies to Promote Social, 9).

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. *In*: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. cap. 2, p.37-59.

FRAGA, P. D. V. **A teoria das necessidades em Marx**: da dialética do reconhecimento à analítica do ser social. 2006. 221p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FREITAS, J; PORTO, M. F., Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, n. 2, p.179-200, jul./out. 2011.

GARIGLIO, M. M. *et al.* (Org.). **Uso sustentável e conservação dos recursos florestais da caatinga**. Brasília: Serviço Florestal Brasileiro, 2010.

GIL, G.; DOMINGUINHOS. **Lamento Sertanejo**. Disponível em: <<http://www.vagalume.com.br/ze-ramalho/lamento-sertanejo.html>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

GÓIS, C. W. L. Saúde Comunitária. *In*: GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: HUCITEC, 2008. p.103-140.

GOMES JÚNIOR, N. N. **Segurança alimentar e nutricional como princípio orientador de políticas públicas no marco das necessidades humanas básicas**. 2007. 338 f. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

GOMES JUNIOR, N. N., PEREIRA P. A. P. Necessidades do capital versus necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. **Rev. Argumentum**, v. 5, n. 1, p.50-65, jan./jun. 2013.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. *In*: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2005. p. 6774- 6792.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS (IDB). **Indicadores e dados básicos 2012**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estados@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

JOSSO, M. C. **Experiências de vida e formação**. Lisboa: Imprensa de Coimbra, LTDA, 2002.

_____. **Caminhar para si**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

MACHADO, A. **Caminhante**. Disponível em: <<https://poesiaspreferidas.wordpress.com/2013/09/17/caminhante-antonio-machado/>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

MARTINS, P H. **Contra a desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARTINS, P. H. Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema único de Saúde no Brasil. *In*: LACERDA, A.; MACHADO, F.; GUIZARDI, F. (Org.). **Democratização e novas formas de sociabilidade em saúde no contexto latino-americano**. Rio de Janeiro e Recife: Ed. EPSJV e Ed Universitária, 2013. p.101-125.

MARTINS, P. H. Reterritorialización, nuevos movimientos sociales y culturales y democracia participativa en América Latina. **Convergencia**, v. 16, n. 51, p. 17-44, 2009.

MEDEIROS, S. S. *et al.* **Sinopse do censo demográfico para o semiárido brasileiro.** [S.l.]: Instituto Nacional do Semiárido, 2012.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p.1620-1625, jul. 2009.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da *Pesquisa Social*. In: _____. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 09-30.

_____. **O desafio do conhecimento**— pesquisa qualitativa em saúde. 11. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MORIN. E. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN. E.; MOIGNES JEAN-LOUIS, L. E. **A inteligência da complexidade.** São Paulo: Editora Câmara Brasileira do Livro, 2000.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). **Construindo o Conceito de Saúde do MST.** 2005. (Cartilha de Saúde nº 5. Setor Nacional de Saúde).

OBTEIA. Mapa de vivências: Assentamento 1º de Setembro – Tauá. Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta - Teia de ecologia de saberes e prática. 2015. Disponível em: <<http://www.saudecampofloresta.unb.br/mapa/>>. Acesso em: 1 out. 2015.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: _____. **Saúde coletiva:** teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. cap. 3, p. 29-39.

PAUPITZ, J. Elementos da estrutura fundiária e uso da terra no semiárido brasileiro. In: GARIGLIO, M. A.; SAMPAIO, E. V. S. B.; CESTARO, L. A. (Org.). **Uso sustentável e conservação dos recursos florestais da caatinga.** Brasília: Serviço Florestal Brasileiro, 2010. p.49-64.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA, P. A. P. Políticas Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 12, n. 1, p. 67-86, jun. 2006.

PESSOA, V. M. **O gerenciamento das unidades básicas de saúde da família de sobral sob o prisma da gestão participativa**. 2004. 60 p. Monografia (Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família) - Escola de Saúde da Família Visconde de Saboya/Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004.

PESSOA, V. M. **Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará**. 2010. 296 p. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013 .

PESSOA, V. M. *et al.* Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 301-314, jun. 2013b.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 37, n. 125, p. 65-77, jun. 2012 .

PIVETTA, F.; GUIMARÃES, G. Promoção à saúde como “inédito viável”: vivências de (im)possibilidades locais o caso Complexo de Manguinhos, RJ. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., 2005, Recife.

PORTO, M. F. S.; ROCHA, D. F.; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.19, n.10, p. 4071-4080, 2014.

RIGOTTO, R. M. **O “progresso” chegou. E agora?:** As tramas da (in)sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento. Tese (Doutorado em Sociologia) - Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

RIGOTTO, R. M. (Org.). **Agrotóxicos, trabalho e saúde:** vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no baixo Jaguaribe/Ce. Fortaleza: Expressão Popular/Ed. UFC, 2011.

ROSA, G. **Pílulas do grande sertão**. Disponível em: <<http://pensador.uol.com.br/frase/NTQ5NjEz/>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

ROZEMBERG, B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, supl. 1, p. S97-S105, 2007.

SANTOS, B. S. Uma nova teoria Política Crítica: Reinventar o Estado, a Democracia e os Direitos Humanos: *In*: SANTOS, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. 3. ed. São Paulo: Cortez. 2010. p.277-315.

_____. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 7. ed. São Paulo: Cortez. 2009.

_____. Ao espelho – as relações pessoais com o mundo a que chamamos identidade: ser ou não ser quem imagino que sou nas favelas do Rio de Janeiro. *In*: SANTOS, B. S. **O direito dos oprimidos**: sociologia crítica do direito. Rio de Janeiro: Almedina, 2014. cap. 2, p.103-399.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *In*: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010. p.31-83.

_____. Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências: *In*: SANTOS, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 93-136.

SANTOS, B. S.; CHAUI, M. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? *In*: _____. **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. cap. 21, p. 287-301.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? *In*: _____. **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 1, p. 3-12.

WALSH, C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: lasinsurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. **Tabula Rasa**, n. 9, p. 131-152, 2008.