



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

MARIA FRANCILENE LEITE

**O TRABALHO EM SAÚDE JUNTO AO SUS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NA
EXTENSÃO POPULAR: DESAFIOS E POTENCIALIDADES**

João Pessoa
2014

MARIA FRANCILENE LEITE

**O TRABALHO EM SAÚDE JUNTO AO SUS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NA
EXTENSÃO POPULAR: DESAFIOS E POTENCIALIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado – do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof. Dr^a. Káta Suelly Queiroz Silva Ribeiro

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

João Pessoa
2014

MARIA FRANCILENE LEITE

**EXTENSÃO POPULAR NA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado – do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

Prof. Dr^a. Patrícia Serpa de Souza Batista

*Á minha mãe, minha Maria! Mulher sertaneja, guerreira que soube educar seus filhos com
toda maestria e dedicação necessárias.*

Ao meu pai, Azizio! Referência de justiça e verdade.

Agradecimentos

À Deus pela minha vida e por permanecer ao meu lado nos momentos mais difíceis.

À minha família pelo apoio incondicional, em especial, ao meu irmão Francival pela sua cumplicidade.

A todos os integrantes da família PEPASF, especialmente aos que responderam ao questionário e falaram abertamente sobre o seu processo de trabalho junto ao SUS.

À minha orientadora, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, por acreditar em mim e não permitir que eu desistisse diante das dificuldades. Para mim, você foi um exemplo genuíno do que é ser uma Educadora.

Ao meu orientador, Ulisses Umbelino dos Anjos, pela sua disponibilidade e paciência em introduzir-me no campo da pesquisa quantitativa.

À minha amiga, “Marisinha meu amor”, pela sensibilidade e apoio, ao acolher às minhas angústias e incertezas nessa etapa desafiadora de minha vida.

À minha querida, Gildeci, pela disponibilidade em apoiar-me no processo de construção desse trabalho e pelos momentos alegres compartilhados juntos.

À minha companheira de trabalho, Valeska, pela companhia diária, pela amizade e cumplicidade no processo de finalização desse trabalho.

À minha amiga, “Baby”, pelo companheirismo, pela amizade verdadeira, pelo cuidado e carinho sempre presentes.

À minha amiga, Luana, pela sua disponibilidade, pelo seu companheirismo, cuidado e amizade permanente.

Ao meu amigo, João Batista, por me ajudar quando mais precisei, pelo seu exemplo de homem guerreiro, íntegro e de dedicação a tudo que faz.

Aos membros da banca, Eymard Vasconcelos, João Agnaldo e Patrícia Serpa, pela disponibilidade em contribuir com esse trabalho.

*“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,
de tal maneira que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”*
—Paulo Freire

RESUMO

Esse estudo teve como ponto de partida a experiência no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF). Trata-se de um projeto de Extensão Popular da Universidade Federal da Paraíba pautado nos pressupostos teórico metodológicos da Educação Popular. Ao longo de 16 anos de existência, esse projeto tem contribuído para a formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, da consciência crítica e do amadurecimento político. No entanto, a maneira como o SUS é organizado em muitos estados e municípios dificulta o pleno exercício de elementos considerados importantes para o trabalho em saúde, a saber: autonomia e protagonismo dos trabalhadores; trabalho em equipe; aproximação comunitária; favorecimento da participação popular e; o trabalho humanizado em saúde. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar o trabalho em saúde junto ao SUS a partir da experiência na Extensão Popular. Realizamos um estudo transversal, exploratório e descritivo, por meio das abordagens quantitativa e qualitativa. Os sujeitos do estudo foram profissionais da área da saúde que permaneceram pelo menos um ano na Extensão Popular, que concluíram a graduação no período de 2004 a 2012 e que atuam ou atuaram de maneira direta no SUS. A coleta do material empírico foi realizada por meio de um questionário estruturado e uma entrevista semiestruturada. Na análise quantitativa, realizamos os testes não paramétricos de Wilcoxon e de Mann-Whitney, além da Análise de Agrupamento. Para os dados qualitativos, utilizamos a análise temática. Os resultados apontam que os profissionais egressos da extensão popular têm dificuldade de implementar, no mundo do trabalho, os aprendizados proporcionados pela experiência nessa extensão. No entanto, a Análise de Agrupamento identificou um grupo de sujeitos que tem mais facilidade de implementar tais aprendizados no trabalho junto ao SUS. Percebemos que a Extensão Popular representa um marco significativo na formação dos profissionais de saúde e que estes têm um grande potencial para o trabalho junto ao SUS. Os profissionais egressos da Extensão Popular também enfrentam grandes desafios no mundo do trabalho do SUS, tais como: conviver com o desencanto e a desmotivação oriunda da dureza do processo de trabalho em saúde; lidar com a centralização na gestão dos serviços públicos de saúde; conviver com o clientelismo e o comprometimento político partidário de alguns profissionais da saúde; responder à grande demanda por assistência de saúde e cumprir uma extensa carga horária de trabalho. As práticas na Extensão Popular e no trabalho em saúde junto ao SUS, apesar de apresentarem semelhanças, são regidas por perspectivas e interesses diferentes. Portanto, torna-se importante que, ainda na formação em saúde, os estudantes tenham acesso ao SUS numa perspectiva crítica e não puramente idealizada. Esperamos que a aproximação comunitária seja compreendida como um elemento pedagógico concreto da formação em saúde e não como uma prática alternativa de responsabilidade da extensão e de outras propostas extracurriculares.

Palavras-chave: Educação Popular; Extensão Popular; Sistema Único de Saúde; Trabalho em Saúde; Análise Multivariada.

ABSTRACT

This research has its beginning with the experience in the Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF). This is an extension project of Federal University of Paraíba guided by the theoretical and methodological assumptions of Popular Education. Throughout 16 years of existence, this project has contributed to the capacitation of health professionals with the perspective of care integrality, critical consciousness and political maturation. However, the way how SUS is organized in many states and cities difficult the exercise of important elements for health work: workers autonomy and protagonism; teamwork; community approach; favoring of popular participation and; humanized work on health. In this way, the aim of this research was to analyze the health work along with SUS from the experience on popular extension. We conducted a descriptive, exploratory and cross-sectional study, with quantitative and qualitative approaches. The study subjects were health professionals that spent a year at the Popular Extension, who have complete the graduation during the period of 2004 to 2012 and that act or acted directly in SUS. The collect of empirical data was conducted through a structured questionnaire and a semi structured interview. In quantitative analysis, we performed the non-parametric tests of Wilcoxon and Mann-Whitney, and the cluster analysis. For the qualitative data, we used the thematic analysis. The results indicate that the professionals egressed of the Popular Extension have difficulty to implement, in work, the learnings provided by the experiences in this extension. However, the cluster analysis identified a subjects group who has more facility to implement these learnings in work with the SUS. We noticed that the Popular Extension represents a significative mark in health professionals' formation and that they have a great potential to work with the SUS. The professionals egressed of the Popular Extension also face major challenges in the world of work SUS, such as: live with the disappointment and discouragement arising from the hardness of the work process in health; deal with centralization in the management of public health services; live with clientelism and partisan political involvement of some health professionals; respond to the high demand for health care and fulfill an extensive workload. The practices in Popular Extension and work in health with the SUS, despite showing similarities, are conducted by different perspectives and interests. Therefore, it is important that, even in health education, students have access to SUS in a critical perspective and not purely idealized. We hope that the community approximation comes to be understood as a concrete pedagogical element of health education and not as an alternative practice of extension responsibility and other extracurricular proposals.

Keywords: Popular Education; Popular Extension; Unified Health System; Health Work; Multivariate Analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Comparação das médias da experiência na Extensão Popular e do trabalho em saúde no SUS.

Tabela 2: Valor médio por dimensões nos grupos 1 e 2 obtidos no agrupamento.

Tabela 3: Validação interna dos agrupamentos considerando a análise conjunta dos dados referentes à Extensão Popular e à atuação profissional junto ao SUS.

Tabela 4: Comparação de médias entre o Grupo 1 e o Grupo 2, considerando a experiência na Extensão Popular e no trabalho em saúde no SUS.

Tabela 5: Comparação de médias dentro dos Grupos, considerando a experiência na Extensão Popular e no trabalho em saúde no SUS.

Tabela 6: Composição percentual por categoria e grupo.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1:	
EXTENSÃO POPULAR NA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE PARA O SUS: REFLETINDO UMA EXPERIÊNCIA.....	10
1.1 Visitas domiciliares – o encontro amoroso com o mundo popular.....	12
1.2 Reuniões semanais – aprendendo a trabalhar em grupo.....	16
1.3 Grupos de Cuidado – Criação.....	18
1.4 Articulação Política Comunitária.....	21
CAPÍTULO 2:	
VISÃO GERAL SOBRE A EDUCAÇÃO POPULAR.....	24
2.1 A Educação Popular e sua aproximação com o setor da saúde.....	25
2.2 Educação Popular e Extensão Universitária.....	28
CAPÍTULO 3:	
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUAS CONTRADIÇÕES.....	32
3.1 Problematicando.....	39
3.2 Justificativa – refletindo sobre a importância do estudo.....	40
3.3 Objetivos.....	40
CAPÍTULO 4:	
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	42
4.1 Abordagem Quantitativa.....	42
4.1.1 Entendendo a técnica da Análise de Agrupamento (AA).....	45
4.2 Processo de validação do questionário.....	48
4.3 Abordagem Qualitativa.....	50
4.4 Considerações Éticas.....	51
CAPÍTULO 5:	
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1 A extensão Popular como marco significativo na formação do profissional em saúde e com grande potencial para o trabalho junto ao SUS.....	60
5.2 Desafios vividos no trabalho em saúde junto ao SUS.....	65
5.2.1 Conviver com o desencanto e a desmotivação oriunda da dureza do processo de trabalho em saúde.....	66
5.2.2 Lidar com a centralização na gestão dos serviços públicos de saúde.....	69
5.2.3 Conviver com o clientelismo e o comprometimento político partidário de alguns profissionais de saúde.....	72
5.2.3 Responder a grande demanda por assistência de saúde e cumprir a carga horária de trabalho.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	83
APENDICE A: QUESTIONÁRIO	
APENDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA	
APENDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	

CAPÍTULO 1

EXTENSÃO POPULAR NA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE PARA O SUS: REFLETINDO UMA EXPERIÊNCIA

O primeiro capítulo deste estudo parte da minha experiência no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF), da qual surgiram os questionamentos e objetivos presentes nessa pesquisa. Espera-se que a narração dessa vivência, na parte introdutória desse trabalho, facilite a compreensão dos objetivos do estudo, bem como da sua relevância para a reflexão e o exercício do trabalho em saúde junto ao SUS.

O PEPASF é uma extensão universitária que assume o caráter popular por ser pautada nos preceitos da Educação Popular, buscando a aproximação com os espaços comunitários e marginalizados rumo à transformação social (RIBEIRO, 2009). Trata-se de um Projeto de Extensão Popular interdisciplinar que, por 16 anos, atuou junto à Comunidade Maria de Nazaré, localizada na periferia de João Pessoa–PB. Nela, o estudante desenvolvia atividades de visitas domiciliares semanais, participava do movimento comunitário já existente, das atividades junto à Unidade de Saúde da Família, participava de lutas e articulações políticas, bem como de grupos de cuidado à população. Atualmente, o PEPASF está passando por um processo de reorganização: a Comunidade Maria de Nazaré não é mais o território de atuação desse projeto e houve algumas mudanças na sua metodologia e nos seus objetivos. Nesse sentido e apesar das transformações ocorridas, será considerada, para efeito dessa pesquisa, a experiência no PEPASF no período anterior a essas mudanças.

Ao longo desses 16 anos de existência, o PEPASF passou por várias mudanças, fruto de construções coletivas dialogadas, passando a apresentar como objetivos principais: a aproximação dos estudantes com espaços marginalizados; a formação profissional humana e holística; o fortalecimento da autonomia e do protagonismo estudantil e comunitário; a formação profissional crítica, reflexiva e política; e o desenvolvimento, no estudante extensionista, do compromisso social e com as causas populares. Tais objetivos potencialmente eram alcançados por meio da participação do estudante nas diversas atividades do PEPASF e pela disponibilidade de entrega à experiência. Esta última é uma característica subjetiva, sendo singular em cada extensionista.

A experiência da Extensão Popular tem sido registrada por diversos estudantes e professores em livros, teses, artigos e trabalhos em congressos nacionais e internacionais (VASCONCELOS; CRUZ, 2011; VASCONCELOS; FROTA; SIMON, 2006; BATISTA,

2012; RIBEIRO, 2007; SILVA, 2013; BARRETO, 2013). Registro aqui a minha vivência na Extensão popular que, embora apresente aspectos comuns a outras experiências já relatadas, é singular.

Durante a minha graduação no curso de enfermagem da UFPB, vivenciei diferentes experiências que, com suas peculiaridades, proporcionaram um rico aprendizado. Inicialmente, não observei grandes distinções entre o ensino pré-universitário e o que se praticava na UFPB. Logo, não apresentei dificuldades de adaptação, já que provas, trabalhos, professores autoritários, notas e necessidade de aprovação já faziam parte do contexto no qual havia sido formada. O diferencial estava nas possibilidades para além do ensino, ou seja, a pesquisa e a extensão. Esta última, pouco valorizada dentro da academia, não atraía a muitos, pois demandava tempo e disponibilidade de entrega para o novo – o que era difícil tendo em vista as cobranças das disciplinas refletidas em aprovação e em um Coeficiente de Rendimento Escolar (CRE) alto. No que se refere à pesquisa, muitos a desejavam devido ao seu *status*, ao maior financiamento de custos possibilitado pelas agências de fomento e pela possibilidade de iniciação de uma vida docente futura.

Os estudantes tendem a entender o tripé universitário (pesquisa-ensino-extensão) como atividades que devem ser realizadas separadamente. Tal fato pode estar associado a visível distinção dada pela Universidade no financiamento destas atividades que, muitas vezes, acabava por priorizar uma em detrimento de outras. Dessa maneira a extensão passou a ser considerada pelos estudantes como a “prima pobre” da pesquisa.

A legislação brasileira dispõe sobre a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, sendo estas consideradas o eixo fundamental das instituições universitárias brasileiras. Assim, as universidades devem proporcionar igualdade de tratamento para o ensino, para a pesquisa e para a extensão, caso contrário, violarão o preceito legal (MOITA; ANDRADE, 2009).

Nesse contexto, só atentei para as possibilidades de participação na extensão no segundo ano da graduação. A pesquisa não me atraía e não queria ser professora, queria cuidar, queria ajudar no processo de cura, queria ser “enfermeira”. Assim, busquei inserir-me na extensão por meio de dois projetos: Projeto de Apoio à Criança Hospitalizada: uma proposta de intervenção lúdica (PACH) e Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF). O primeiro apareceu como uma possibilidade de estar próximo de crianças em seu processo de adoecimento, contribuindo para uma vivência hospitalar menos traumática. O segundo surgiu como uma curiosidade, pois eu não sabia o que era a Educação Popular, qual a sua relação com a saúde e muito menos o porquê das atividades serem

realizadas em uma “favela”. O que eu sabia é que havia algo mágico no PEPASF, havia alegria, havia algo que fazia o olho brilhar quando alguém falava da sua experiência. Então, desejei fortemente sentir isso, queria vida, emoção e sentido para a minha futura prática profissional.

Os meus aprendizados no PEPASF foram acontecendo gradualmente, em cada nova descoberta. Iniciei tímida, pouco ativa, participava apenas das atividades exigidas pelo projeto - visitas domiciliares, reuniões semanais e grupos de cuidado. A atividade de articulação política comunitária, embora incentivada pelos professores e demais extensionistas, não era uma exigência do projeto e, portanto, inseri-me nela apenas no segundo ano de extensão. Serão relatados a seguir os aprendizados adquiridos nestas atividades, considerando a sua importância para a formação profissional em saúde e atuação junto ao SUS.

1.1 Visitas domiciliares – o encontro amoroso com o mundo popular

A atividade de visitas domiciliares acontecia aos sábados pelo período da manhã e era realizada por duplas de estudantes de cursos diferentes, sendo que cada dupla acompanhava as mesmas famílias, todas semanas, objetivando o desenvolvimento de vínculo e o exercício do trabalho interdisciplinar, tão caro à saúde.

No decorrer das atividades de acompanhamento às famílias pude realizar visitas domiciliares semanais com uma estudante de psicologia, com quem formei uma dupla. Em diversas oportunidades, também realizei visitas com outros estudantes e professores de diferentes núcleos profissionais, o que possibilitou uma vivência interdisciplinar muito rica.

A primeira família com a qual tive uma aproximação mais intensa era composta por três membros – Maria, João e Bento. João era casado com Maria com quem teve dois filhos, Bento e Rosa. No entanto, Rosa morava no interior da Paraíba com seus avós maternos e mensalmente vinha visitar os pais na capital. A família também recebia visitas longas da mãe de Maria e da mãe e irmão de João que, geralmente, vinham a João Pessoa por motivos de saúde. Assim, pude conhecer a dinâmica dessa família e a maneira como os seus membros se relacionavam.

A casa onde essa família morava tinha três cômodos pequenos – sala/cozinha, quarto e banheiro. Apesar da estrutura física precária, sentia-me bastante acolhida no espaço e, durante boa parte da manhã de visitas, sentia-me imersa em um mundo novo, cheio de encontro amoroso e de possibilidades de aprendizado.

Aos sábados pela manhã, após uma rápida reunião na Associação Comunitária Maria de Nazaré (ACOMAN), todos os extensionistas saíam em duplas para as visitas domiciliares.

Ao chegar à casa de Maria e cumprimentá-la com um abraço fraterno, sentávamos ao redor da mesa da cozinha, tirava o aparelho de verificar pressão arterial da minha bolsa e logo todos estavam reunidos para uma conversa informal. Embora o procedimento técnico aproximasse as pessoas, ele não era o que as mantinha conosco até o fim da visita. Dialogávamos sobre os mais diversos assuntos – uso de medicações, namoro, trabalho, religião, Deus, escola, drogas, medo da chuva (a casa que eles moravam estava sob risco de desabamento), dificuldade de atendimento médico, etc. Não havia muitas reclamações, mas pude perceber a dificuldade inerente aquele contexto de vida e a maneira criativa como eles a superavam, principalmente aquelas referentes à questão financeira – analisavam o que era mais essencial e planejavam os gastos com a saúde, com alimentação e manutenção da casa. Pegar ônibus só em ocasiões extremamente necessárias e como alternativas havia a bicicleta e a caminhada.

Muitas famílias que eram acompanhadas pelo projeto apresentavam relações conflituosas escancaradas, ou seja, nos primeiros encontros, o estudante já conseguia identificar situações que precisam ser problematizadas e trabalhadas dialogicamente, buscando soluções coletivas. Ao contrário desse montante, a família que eu acompanhei era bastante organizada, os seus membros dialogavam e planejavam suas atividades diariamente. Os problemas existentes eram mais de ordem estrutural, inerentes ao contexto socioeconômico no qual eles estavam inseridos.

Nesse sentido, a reflexão sobre as características dessa família que a difere de outras do mundo popular torna-se necessária. A primeira é a presença de um núcleo familiar bem estruturado e resolvido, ou seja, há um pai e uma mãe que têm suas relações baseadas na amorosidade e no respeito, refletindo na maneira como os filhos se relacionam no microsistema familiar e no mundo. Outra característica importante dessa família é a busca religiosa, ou seja, a busca pelo divino e transcendental sem estar atrelado a uma religião específica. Fato evidenciado em algumas visitas nas quais presenciei a família reunida lendo a bíblia e falando sobre Deus. Tais características não são uma receita pronta para que as pessoas do mundo popular sigam e curem seus conflitos familiares, porém são dimensões importantes para a formação da personalidade e trazem elementos presentes no que Paulo Freire chama de Ética Universal do Ser Humano que tem no amor a base para a sua concepção (FREIRE, 2011a).

Ao experienciar este tipo de organização familiar, o estudante tem acesso a dimensões afetivas intensas que, além de levantar autoquestionamentos sobre a sua forma de relacionamento interpessoal e intrafamiliar, também reflete na maneira como o cuidado em

saúde é concebido, havendo uma transformação, ou seja, passa-se de relações frias, estritamente técnicas para uma aproximação confiante, amorosa e empática.

Apesar desse microssistema familiar organizado e pouco conflituoso não necessitar de muitas intervenções por meio da EP, pude perceber que a aproximação com o contexto de vida dessas pessoas apresenta aspectos pedagógicos importantes, principalmente para a atuação junto ao SUS. A presença do estudante no convívio com a família, conhecendo as suas dificuldades e as estratégias desenvolvidas para enfrentá-las, favorece a ampliação do olhar sobre a saúde, reconhecendo a necessidade de trabalhar além da doença e de partes do corpo físico. Nesse sentido, o estudante percebe a importância da integralidade do cuidado em saúde e aprende que as pessoas apresentam maneiras singulares de andar a vida que estão associadas ao contexto social no qual estão inseridas. Percebe, também, que tais singularidades influenciam no processo de adoecimento e que a culpabilização do sujeito, prática comum no trabalho em saúde, precisa ser combatida, dado o seu caráter discriminante, preconceituoso e opressor frente ao indivíduo que sofre.

Dessa maneira, pude aprender o que no ensino universitário não estava tão claro - a reconhecer as dificuldades inerentes a um contexto marginalizado e como atuar horizontalmente na construção de novas formas de cuidado em saúde; aprendi a considerar o outro como incluso nessa construção e como protagonista do seu processo de adoecimento/cura; aprendi que o profissional de saúde, apesar de conhecer e ter domínio de alguns temas importantes para a prática educativa em saúde, não tem a capacidade de fazê-la deslocado do contexto de vida das pessoas e sem considerar previamente o saber e as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano do mundo popular; aprendi que somos agentes de transformação e que essa transformação tão necessária começa nas nossas relações interpessoais diárias.

A visita domiciliar é uma atividade primordial no PEPASF, pois, por meio dela, o estudante adentra em espaços comunitários marginalizados e com estrutura física precária, conhece maneiras distintas de organização familiar e aprende, nos encontros informais, novas formas de pensar e fazer saúde. Para Vasconcelos (2011a), a abordagem do funcionamento familiar que acontece por meio das visitas domiciliares na experiência desse projeto de extensão tem sido bastante promissora, pois, no mundo popular, devido às impossibilidades financeiras e aos aspectos culturais, a vida torna-se penosa sem o apoio da família e outros elementos da rede de apoio social. Assim, a aproximação com este microssistema torna-se indispensável para o entendimento das dinâmicas próprias do mundo popular capazes de interferir no processo saúde-doença.

Os encontros semanais com a mesma família e a relação de confiança que se estabelece em cada conversa, favorecem o desenvolvimento de vínculo. Na medida em que a relação de confiança se fortalece e as pessoas compartilham dimensões mais íntimas da sua vida, bem como as estratégias que adotam para lidar com os problemas de ordem familiar e social, os extensionistas se sentem mais estimulados a participar da busca de soluções para os problemas daquela família. O vínculo que se constitui leva o estudante de saúde a contribuir com as pessoas na sua busca infinita de ser mais, a trabalhar com demandas inusitadas e diversas dos indivíduos e não apenas com procedimentos técnicos treinados na universidade (VASCONCELOS, 2011a).

O vínculo afetivo e solidário desenvolvido inicialmente com as famílias visitadas, transforma-se em um vínculo cada vez mais amplo, ou seja, o vínculo familiar amplia-se para um vínculo com toda a comunidade e, posteriormente, com todos os oprimidos, subalternos e marginalizados do mundo. Observa-se, portanto, o desenvolvimento, no estudante, do compromisso social e com as causas populares.

Melo Neto (2011) reconhece nas atividades do PEPASF uma intencionalidade política clara – a de querer formar profissionais com um novo olhar – e acrescenta que o estudante, ao procurar uma família para acompanhar, inverte o jeito de encarar a saúde, pois, nesse caso, não são os “pacientes” que procuram o estudante/profissional, mas o profissional que procura o “paciente”. Fala também que, ao adentrar no espaço intrafamiliar, aproximando-se deste, o estudante irá aprender não somente a técnica estrita de sua competência, mas estará se envolvendo em questões espirituais presentes na cultura das comunidades e poderá perceber que a saúde tem uma dimensão social, que ela está em uma pessoa, mas também é um produto social.

Nesse sentido, o acompanhamento familiar por meio das visitas domiciliares constitui uma ferramenta presente na Extensão Popular que, além de contribuir para a formação de profissionais de saúde mais humanos, éticos, comprometidos, dialógicos e lutadores da saúde, também contribui para o crescimento e amadurecimento pessoal, fazendo com que o estudante tenha acesso a novas formas de relacionamento em sociedade, ampliando da interação apenas entre os seus semelhantes para uma relação entre os diferentes – os mais avantajados se misturam com o mundo popular. Esta aproximação gera estranhamentos mútuos, inquieta e leva os envolvidos a, minimamente, uma reflexão crítica sobre o seu posicionamento no mundo.

Ao término desta discussão sobre a atividade de visitas domiciliares, é válido registrar que os aprendizados advindos dessa experiência são singulares de cada extensionista, pois

cada família acompanhada é diferente, ou seja, possui maneiras ímpares de organização e de interação social. Nesse sentido, os estudantes extensionistas têm acesso a aprendizados únicos, muito embora existam elementos presentes nessa atividade que se assemelham, tais como: vínculo com a família, amorosidade, afetividade, experimentação de novas formas de cuidado com o outro e capacidade de trabalhar a saúde de maneira coletiva e interdisciplinarmente.

1.2 Reuniões semanais – aprendendo a trabalhar em grupo

As reuniões semanais do grupo de extensionistas, envolvendo os professores e estudantes, acontecem toda segunda-feira na universidade. Essas reuniões são organizadas de forma a alternar momentos de discussão teórica, momentos de discussão de casos acompanhados na comunidade e momentos destinados à organização das atividades. Nas discussões teóricas são trabalhados temas relativos à Educação Popular em Saúde e outros assuntos conforme a necessidade do grupo; nas reuniões para discussão de casos, os estudantes trazem para a roda de conversa problemas enfrentados junto à família acompanhada ou aprendizados relativos à sua atuação na comunidade; e nas reuniões organizativas acontecem avaliação e planejamento de atividades.

A participação dos extensionistas de maneira mais ativa nas reuniões do PEPASF tendem a acontecer gradativamente, pois para um estudante acostumado com a opressão da educação bancária, ainda predominante no mundo acadêmico, torna-se difícil adentrar em espaços mais dialógicos sem passar por, no mínimo, algum estranhamento. Nesse contexto, permaneci por muitos encontros em silêncio, tímida e não me posicionava como alguém disposta a contribuir com a organização do PEPASF. A inserção nas atividades organizativas foi acontecendo aos poucos, ao perceber-me parte do processo, ao ser acolhida sem julgamentos, ao entender que não havia barreiras entre os professores e os estudantes, todos estavam imersos numa construção coletiva.

Com a inserção mais ativa nas reuniões do projeto, pude aprender a trabalhar em grupo, respeitando as diferentes maneiras de pensar e os posicionamentos dos envolvidos; valorizar e respeitar o tempo que cada sujeito tem para seu amadurecimento individual ou em sociedade; aprendi que o estudante pode posicionar-se contrário ao professor e que é nas contradições, na problematização que o aprendizado torna-se mais rico; aprendi a errar e a aprender com o meu erro; aprendi a acolher o outro; aprendi a construir, construir junto, pensar junto, fazer junto.

Estes aprendizados contribuem imensamente para a atuação profissional junto ao SUS, pois o trabalho coletivo e interdisciplinar constitui a base para um cuidado em saúde rico e integral. Exige, portanto, que saibamos dialogar horizontalmente entre os diferentes, que a situação de saúde a ser discutida seja problematizada, que os diversos atores se posicionem numa construção coletiva e, dessa maneira, planos de cuidado compatíveis com a individualidade de cada usuário sejam pensados e elaborados.

Para Saupe et al. (2005), o trabalho interdisciplinar contempla, entre outros aspectos, a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e esbarra, segundo Loch-Neckel et al. (2009), na formação dos profissionais de saúde que tendem a privilegiar o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária.

As reuniões semanais na universidade também contribuem para o desenvolvimento da autonomia dos extensionistas. Entende-se por autonomia, segundo Batista (2012), o direito da pessoa de decidir sobre si mesma e de agir segundo a sua vontade, sem constrangimento de qualquer força externa. Abrange também o fortalecimento das pessoas para decisões que precisam ser tomadas, frente à conquista de suas próprias necessidades (BATISTA, 2012).

Nesse contexto, a Extensão Popular tem um caráter facilitador da autonomia devido a sua descentralização, ou seja, as atividades do PEPASF não estão centradas na figura de professores ou de um grupo deles, mas com seu apoio, os estudantes tomam a frente do processo de trabalho do projeto, desenvolvendo atividades de planejamento, de avaliação, de discussão teórica e de organização mais geral das ações no PEPASF.

Assim, os estudantes extensionistas, ao se inserirem nas atividades mais organizativas do projeto, passam a se responsabilizar pela construção das dinâmicas dos encontros, elaborando maneiras criativas de favorecer o diálogo no grupo, o que exige certa apropriação teórica da EP e seus métodos de trabalho. Essa aproximação prática e teórica da EP, bem como do trabalho em grupo favorece o desenvolvimento da autoconfiança do estudante extensionista, da sua capacidade de posicionamento humilde e firme, da estruturação do conteúdo e da segurança da própria fala. Há, portanto, o amadurecimento estudantil, o que propicia ao extensionista habilidade em participar de encontros mais amplos da EP, destreza em debates conflituosos e engajamento em lutas e embates políticos mais intensos.

O desenvolvimento da autonomia é um aspecto importante para o trabalho junto ao SUS, pois o trabalho em saúde é também um trabalho político, sendo necessário que o profissional esteja apto a defender posicionamentos e tenha firmeza no enfrentamento de

situações opressoras e autoritárias. Para Vasconcelos (2006a), os estudantes que desenvolveram autonomia vão se percebendo cidadãos no enfrentamento de autoridades, tendo voz e força na vida pública. Para o mesmo autor, isso tem grande repercussão na vida do extensionista, pois melhora sua autoestima e os torna destemidos no enfrentamento, até mesmo, de situações familiares de opressão.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde apontam novos caminhos para a formação profissional em saúde, considerando a atuação junto ao SUS. Definem o perfil de um profissional de saúde generalista, humanista, crítico e reflexivo, ético e que saiba atuar interdisciplinarmente, rumo à atenção integral. Enquanto a implementação dessas novas diretrizes ainda está em andamento, no âmbito do ensino, nas Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o Brasil, a Extensão Popular tem sido um diferencial na formação profissional em saúde, trabalhando, por meio da EP, elementos como o diálogo horizontal, trabalho em equipe e interdisciplinar, autonomia e protagonismo estudantil e comunitário, a participação popular, a humanização, além do incentivo às práticas alternativas de cuidado – em uma aproximação confiante, amorosa e afetiva.

1.3 Grupos de cuidado - CriAção

Os grupos de cuidado correspondem a atividades de educação em saúde destinadas a parcelas específicas da comunidade (mulheres, crianças, idosos, adolescentes, etc.), sendo desenvolvidas segundo demandas percebidas pelos estudantes, professores ou moradores. Nestes grupos o estudante tem a possibilidade de exercitar e aperfeiçoar, de maneira inclusiva, as atividades próprias da sua profissão, por exemplo: o grupo “Cuidando do Cuidador” desenvolvido junto aos profissionais da ESF tinha, em sua maioria, estudantes de psicologia; o grupo de orientação postural, estudantes de fisioterapia; o grupo de gestantes, estudantes da enfermagem, etc. Os grupos representam, ainda, uma oportunidade de trabalhar interdisciplinarmente, uma vez que são abertos para a participação de extensionistas dos mais variados cursos de graduação. Os grupos de cuidado são realizados em horários diferentes das visitas domiciliares, respeitando-as e o lócus de atuação era a Comunidade Maria de Nazaré.

Durante a minha vivência na Extensão Popular, tive a oportunidade de participar da construção de uma proposta coletiva para um novo grupo de cuidado, que foi denominado de CriAção. Este grupo partiu de uma necessidade sentida pelos estudantes, professores e pessoas da comunidade em geral, de um cuidado mais atento às crianças da comunidade Maria de Nazaré, pois, muitas delas, estavam se aproximando do tráfico de drogas e

aprendendo, com ele, valores distorcidos da sociedade. Assim, o CriAção era um grupo voltado para as crianças em idade escolar que tinha como objetivos o desenvolvimento da criatividade, a inclusão social e a reflexão coletiva dos valores sociais, além do desenvolvimento da autonomia e do protagonismo das crianças.

A iniciativa para construção do grupo CriAção foi dos estudantes de psicologia junto a uma professora dessa área. O convite para as reuniões de planejamento foi feito em uma das reuniões semanais do PEPASF e algumas estudantes de enfermagem aceitaram participar dessa iniciativa. Durante três encontros discutimos os objetivos, o público alvo e a metodologia de trabalho e, com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde, fomos identificando e convidando as crianças que necessitavam participar do grupo.

No primeiro encontro com as crianças apresentamos a proposta do grupo e, posteriormente, abrimos espaço para que elas sugerissem modificações, a principal delas foi a presença de um lanche no fim de cada encontro. Inicialmente as atividades eram realizadas nas escolas estaduais do bairro, mas ora esbarrávamos na indisponibilidade de horário dos vigilantes das escolas, pois os encontros eram realizados no sábado pela tarde, ora na falta de paciência dos mesmos com a traquinagem das crianças. Enfrentamos muitas dificuldades no que tange, principalmente, à falta de recursos materiais e humanos, a rebeldia das crianças e aos conflitos pessoais internos e externos oriundos do conhecimento e aproximação com a história de vida das crianças, muitas delas penosas (envolvimento dos pais em drogas, brigas frequentes no ambiente familiar, história de traição na família, etc.).

A superação dos desafios iniciais veio por meio do diálogo no grupo, pela inserção de novos extensionistas (nutrição, fisioterapia, técnico de enfermagem), pela elaboração de estratégias para arrecadar dinheiro para o grupo (brechó, rifas, venda de brigadeiros, “vaquinha”, etc.) e pela avaliação de cada oficina. Nessas avaliações, destacavam-se as questões referentes aos sentimentos expostos pelas crianças, sejam eles de raiva, de exclusão, de preconceito, de falta de amor na família ou sentimentos de amizade e de companheirismo. Outro aspecto importante para o caminhar do grupo foi a escuta atenciosa as opiniões e sugestões das crianças e o planejamento coletivo de cada nova atividade, sempre considerando as necessidades apreendidas nos encontros semanais do grupo.

O grupo começou suas atividades com cerca de 15 crianças, passou por algumas desistências, mas o número de integrantes sempre foi crescente. As crianças da Comunidade Maria de Nazaré apresentam grande facilidade de acesso umas as outras, pois as casas são muito próximas e os becos e vilelas são lugares comuns para brincadeiras. Assim, a disseminação de informações boas ou ruins acontece com muita facilidade. Nesse sentido,

buscávamos realizar as oficinas trazendo sempre elementos próximos do contexto de inserção das crianças que, além de educativas, fossem divertidas. Desenvolvíamos atividades lúdicas e estimulávamos a criatividade por meio de oficinas de desenho, de teatro, de bonecos, de argila, de madeira, etc. e, após cada atividade, avaliávamos junto com as crianças as suas construções, buscando apreender os seus significados e os aprendizados de cada oficina. Havia, portanto, uma avaliação junto às crianças e posteriormente uma avaliação apenas com os facilitadores do grupo (estudantes extensionistas). Nesta última, eram trabalhadas as percepções de cada facilitador sobre o encontro e, de acordo com as demandas identificadas, uma nova oficina era planejada.

É importante deixar claro que as atividades não eram entregues prontas para as crianças, elas, em posse do material, tinham autonomia para construir o que desejassem e o facilitador, também incluso no processo de construção, auxiliava as crianças de acordo com as necessidades verbalizadas.

Essa forma de mediação de um grupo educativo rompe com as práticas tradicionais na educação, nas quais as atividades são impostas aos alunos que devem apenas reproduzir o que o professor deseja ou acha importante para o aprendizado. A experiência na EP favorece a implementação de maneiras mais participativas e inclusivas nas atividades pedagógicas. No setor da saúde, a EP pode contribuir para o exercício de uma prática educativa horizontal que reconheça no usuário habilidades e saberes que podem ser compartilhados dialogicamente rumo à construção do conhecimento.

A experiência nesse grupo possibilitou grandes aprendizados que transformaram a minha maneira de pensar o cuidado em pediatria. Mesmo antes de entrar na UFPB, desejava trabalhar com crianças doentes, hospitalizadas, minimizando o sofrimento inerente ao adoecer e a hospitalização. No entanto, com o trabalho no grupo CriAção, percebi que existem outros tipos de adoecimento que não estão associados com alterações biológicas – trata-se de um adoecimento social. Conviver com crianças no seu contexto de marginalização me fez entender a influência da estrutura familiar, do afeto, das relações sociais para o desenvolvimento individual. Pude assim entender o que significava a colocação de muitos professores “o processo saúde doença sofre influências de fatores biopsicossociais” e o meu desejo de cuidar das crianças não se alterou, apenas ampliou-se.

A experiência nesta atividade do projeto também contribui para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos extensionistas, pois, ao participar da criação, do planejamento das oficinas, da avaliação e da aquisição de recursos para o grupo, o estudante sente-se parte indispensável do projeto e exercita manejos necessários para o trabalho educativo que lida

com recursos financeiros limitados. Assim, o estudante aprende nas limitações maneiras criativas e participativas de superá-las (brechó comunitário, rifas, vendas de brigadeiro, etc.).

Na atuação junto ao SUS, as atividades de promoção em saúde também podem ser realizadas em grupos educativos para uma população em geral ou para um grupo específico. Nesse contexto, o profissional de saúde tem autonomia para pensar possibilidades e estratégias promotoras de saúde, sendo o conhecimento dos métodos utilizados na EP e a experiência na Extensão Popular facilitadores para o desenrolar de atividades educativas capazes de promover saúde em um processo inclusivo.

1.4 Articulação política comunitária – uma história de lutas e conquistas

A Comunidade Maria de Nazaré é conhecida na cidade por suas lutas e articulações políticas. Depois de algum tempo no projeto e com a mudança da família que eu acompanhava para outra comunidade, inseri-me mais ativamente nas atividades da Associação Comunitária Maria de Nazaré (ACOMAN) e, dessa maneira, pude engajar-me na luta dos moradores por melhorias nas suas condições de vida. No entanto, esta área de atuação é pouco procurada pelos extensionistas do PEPASF devido à dificuldade de conciliação entre as reuniões de articulação política - que não apresentam horário regular e acontecem de acordo com as demandas da comunidade – e as atividades curriculares obrigatórias da graduação. Além disso, a atividade de articulação política comunitária não é uma exigência para o cumprimento da carga horária da extensão (12 horas) como as demais atividades e, embora seja estimulada a participação nestes espaços, ela é pouco valorizada pelos estudantes.

A baixa procura por esta atividade ainda não tem motivos conhecidos, mas, no geral, o que se observa é que o engajamento dos extensionistas nestas atividades é proporcional ao tempo de vivência na Extensão Popular. Tal fato pode estar associado à imaturidade dos estudantes que procuram a extensão – estudantes do início do curso, com pouca apropriação da EP e com pouco amadurecimento crítico e político – e a dedicação inicial às famílias visitadas, dado o vínculo intenso que se estabelece nesse processo.

Apesar dessa pouca participação, Vasconcelos (2011a) considera a inserção dos estudantes nos movimentos sociais que não são dominados por políticos clientelistas muita rica, pois aponta para novos e criativos caminhos de atenção à saúde. Além disso, os estudantes desenvolvem formas inovadoras de luta social pela saúde e de apoio solidário aos moradores em situações especiais de crise.

A Comunidade Maria de Nazaré surgiu da ocupação de uma área pública e, desde o seu início, esteve vinculada ao movimento de luta pela moradia. Minha inserção política

inicial foi neste movimento, o qual estava presente em todos os espaços de reivindicação. A comunidade clamava por melhorias na sua infraestrutura e habitação social.

O movimento de luta pela moradia da Comunidade Maria de Nazaré ganhou mais visibilidade social com as plenárias do orçamento democrático que aconteciam anualmente e tinha como objetivo principal a participação da população na definição de prioridades para as ações estratégicas da gestão municipal. Durante as plenárias a população de cada região votava na principal demanda da sua comunidade/bairro e, posteriormente, poderia se inscrever para a fala de reivindicação ou defesa de propostas junto ao prefeito e secretários municipais. Nesses encontros, a maioria dos moradores fazia falas isoladas reivindicando calçamentos para sua rua, praças para o bairro, etc., porém, as lideranças da ACOMAN em parceria com a Extensão Popular organizavam sua proposta em um documento que era lido e entregue em seguida aos secretários responsáveis pela infraestrutura e pela habitação social. Foi dessa maneira que a luta pela moradia foi ouvida, em um movimento organizado, propositivo, dialógico e participativo.

Após as reivindicações da Comunidade Maria de Nazaré, um projeto de urbanização da Comunidade, que havia sido encaminhado pelo município ao governo federal, foi aprovado no ano de 2010. Este projeto garante aberturas de ruas e pavimentação, sistema de drenagem, praça, centro comunitário, três tipos de habitações, entre outras melhorias para a população.

O projeto de urbanização não abrangia a construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que continuaria a ocupar um espaço improvisado ou então seria transferida para uma unidade integrada distante da comunidade. Estas situações foram pensadas e problematizadas em reuniões com a Equipe de Saúde da Família, ACOMAN e o grupo do projeto de Extensão Universitária e, desse processo, iniciou-se a mobilização por uma UBS próxima à Comunidade. Reivindicamos junto ao orçamento democrático, junto à Secretaria Municipal de Saúde, articulamos com a Secretaria Municipal de Habitação Social (SEM HAB) e, desse processo de construção coletiva, conseguimos a aprovação de um projeto para a construção de uma UBS numa localidade próxima da Comunidade.

Com o engajamento nos processos democráticos de luta, aprendi a força que o povo organizado possui na conquista por seus direitos sem que haja, necessariamente, o embate físico, mas um processo dialógico, com proposições coerentes e visando um bem coletivo. Aprendi que proporcionar espaços de participação popular torna o trabalho em saúde mais rico, pois, dessa maneira, a população sente-se responsável, atuante e protagonista na construção de estratégias que possibilitem uma vida mais saudável, sem que haja imposições, mas empoderamento e autonomia no cuidado com a sua saúde. Aprendi também, que o

profissional de saúde não deve estar distante das demandas da comunidade, atuando apenas no problema ou na doença, precisa conhecer os processos de articulação política e se engajar, participando junto com o povo em busca da justiça social.

CAPÍTULO 2

VISÃO GERAL SOBRE A EDUCAÇÃO POPULAR

Este capítulo tem o objetivo de aproximar o leitor da temática da Educação Popular, apresentando alguns aspectos conceituais e relacionais – a Educação Popular no âmbito da saúde e nas atividades de extensão universitária.

2.1 A Educação Popular e sua aproximação com o setor da saúde

A Educação Popular (EP), tema central desta dissertação, tem sido concebida de diversas formas, o que dificulta uma conceituação única, universal. Essas diferentes concepções acarretam em ações ditas educativas populares com especificidades próprias, distintas e às vezes até antagônicas. No entanto, há elementos que obrigatoriamente constituem o arcabouço da Educação Popular sistematizada por Paulo Freire, ou seja, a presença do diálogo, da problematização, da aproximação com os espaços populares marginalizados, do compromisso social e da transformação social. Trata-se, portanto, de uma práxis educativa libertadora que apresenta intencionalidade política clara – promover a superação da opressão por meio da conscientização, da análise crítica da realidade, da valorização cultural e do exercício da capacidade de direção política dos oprimidos.

Freire (2011b) deixa claro que a liberdade não é doação, mas uma conquista indispensável na busca infinita de ser mais. Nesse sentido, é importante ressaltar que o educador popular não tem o poder de libertar, mas através da sua práxis, pode contribuir para a consciência da opressão e conseqüentemente para a busca da libertação.

O termo Educação Popular já foi bastante utilizado no Brasil. Inicialmente como uma extensão da escola aos setores populares da sociedade, posteriormente como um movimento de luta de políticos e intelectuais para uma educação escolar direcionada ao povo (BRANDÃO, 2006). A Educação Popular, objeto desse estudo, não corresponde puramente à educação dos pobres, pois uma prática educativa que, embora direcionada aos menos favorecidos, contribua para a manutenção das injustiças sociais ou que minimamente desconsidere os aspectos culturais dos educandos, foge aos preceitos da Educação Popular. Um exemplo claro do entendimento reducionista da EP como educação dos pobres/excluídos pode ser percebido analisando a prática educativa dos jesuítas durante o período colonial que, embora direcionada aos índios (os excluídos, os marginalizados), foi brutalmente invasiva, opressora, alienadora e promotora do processo de aculturação.

Nesse sentido, o entendimento da EP como qualquer atuação educativa com os pobres, mesmo que essa educação tenha a perspectiva de torná-los mais produtivos em situações de submissão, é equivocado. Esta prática, ao contrário da Educação Popular, corresponde a uma educação antipopular ousada, pois é realizada no espaço do povo, contrariando os seus interesses (VASCONCELOS, 2011b). Assim, a palavra *popular* não faz referência ao público do processo educativo, mas à sua perspectiva política – estar a serviço dos oprimidos dessa sociedade.

Atrair a EP necessariamente aos espaços educativos informais, ou seja, o entendimento de que a EP não pode ser praticada em espaços institucionais como escolas ou universidades também é equivocado. Para Vasconcelos (2011b), EP não corresponde necessariamente à educação informal, uma vez que, muitas propostas educativas que acontecem fora da instituição escolar/universitária utilizam métodos verticais de ensino e as relações que se estabelecem entre educador/educando são extremamente autoritárias. Para este mesmo autor, a EP pode ser considerada como uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social e como um método pedagógico que trabalha o homem para fomentar formas coletivas de aprendizado e investigação, promovendo a análise crítica da realidade e o aperfeiçoamento dos planos de luta e enfrentamento.

A Educação Popular também tem sido associada à educação de jovens e adultos. Esta consiste em uma maneira de compensar a carência em educação de homens e mulheres, já que, historicamente, este direito lhes foi negado. No entanto, a prática educativa para jovens e adultos, tal como ela ocorre, priva a liberdade dos envolvidos na sua busca de ser mais e mantém a exclusão – antes da escola, agora, por meio da educação de adultos, de serem verdadeiramente educados (BRANDÃO, 2006). Contrariamente, a Educação Popular é um trabalho retotalizador de todo o sistema de educação. Trata-se de um movimento de trabalho político com as classes populares através da educação, visando à transformação da ordem social dominante (BRANDÃO, 2006).

O estabelecimento de um conceito único para Educação Popular ainda não foi elaborado por pesquisadores e estudiosos da área, o que é compreensível dado o seu caráter político e a amplitude de significados advindos das experiências educativas populares. Há quem a considere como uma estratégia, uma metodologia de ensino-aprendizagem, um jeito de andar a vida, uma utopia, uma concepção política, etc., porém ter uma definição para a Educação Popular não é o mais importante. Espera-se que, ao entender o que é contrário a ela, os indivíduos possam vivenciá-la, senti-la e então conhecê-la verdadeiramente.

A Educação Popular tem reorientado não só o processo de ensino-aprendizagem ou a relação educador/educando, mas tem contribuído significativamente na maneira como os indivíduos - que a conhecem e a vivenciam - se posicionam e se relacionam com o mundo e em sociedade. Dessa maneira, pode-se dizer que a EP tem a possibilidade de ampliar-se da área da educação, atingindo outras áreas do conhecimento como a filosofia, ciências da religião e saúde.

A integração da EP com a saúde tem contribuído para a superação do biologicismo e das relações verticais e autoritárias historicamente presentes entre o profissional de saúde e o sujeito no seu processo de adoecimento. Vasconcelos (2011b) considera a EP uma estratégia para aproximação do saber dito científico, bem como dos serviços de saúde com a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular. O mesmo autor acrescenta que a EP promove ações de saúde mais integrais e mais adequadas à vida da população.

Ao longo da história, especificamente do Brasil, as práticas de saúde passaram por diversas transformações, sejam elas estruturais, políticas ou sociais. No início do século XX, as ações de educação em saúde eram extremamente autoritárias, tecnicistas e biologicistas. Nelas, não havia a participação das classes populares, que eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (GOMES; MERHY, 2011). A aproximação da saúde com os espaços marginalizados aconteceu em meados da década de 1970 como resposta às reivindicações das classes populares que, mesmo com o crescimento econômico do país, permanecia à margem da sociedade sem direito a bens e serviços básicos (GOMES; MERHY, 2011).

Durante o período da Ditadura Militar pelo qual o Brasil passou, diversos profissionais, dentre eles os da saúde, se engajaram em práticas semiclandestinas baseadas nos preceitos da Educação Popular e que, por esta razão, eram consideradas subversivas. A participação dos profissionais de saúde nas experiências de EP trouxe para o setor da saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normalizadora da educação em saúde (VASCONCELOS, 2007).

As experiências de saúde comunitária orientadas pela EP passaram a ser organizadas pelo Movimento Popular de Saúde (MOPS) e foram fundamentais para formação de lideranças e de referências teóricas e práticas para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou, em 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 2009). Atualmente, o SUS é reconhecido internacionalmente pela implementação de uma rede de atenção à saúde da população centrada em práticas coletivas, participativas e que vão além do biologicismo e das tradicionais práticas de saúde pública (VASCONCELOS, 2009).

Nesse ínterim, a Educação Popular teve grande contribuição como referencial teórico metodológico para a elaboração dos princípios e diretrizes do SUS. Estes encontram no contexto político atual - voltado ao crescimento econômico atrelado ao atendimento das necessidades sociais - a oportunidade de serem reafirmados e consolidados. No entanto, o princípio da Participação Popular ainda é objeto de boicote, uma vez que sua implementação está muito restrita aos Conselhos e Conferências de Saúde e, nas práticas cotidianas de saúde, o cidadão continua a ser desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico que reforça as estruturas geradoras de doença e priva a autonomia e liberdade dos sujeitos (VASCONCELOS, 2007). Para este autor, a participação popular precisa acontecer cotidianamente por meio da discussão de cada conduta implementada, pois, em caso contrário, os serviços de saúde não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral (VASCONCELOS, 2007).

Vasconcelos (2007) acrescenta que a EP tem significado um instrumento fundamental na construção da atenção integral à saúde por meio da valorização das relações entre as diversas profissões, serviços e comunidade, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas. O mesmo autor ressalta que a redefinição da prática em saúde se dá pela articulação de múltiplas iniciativas, por vezes contraditórias, presentes em cada problema de saúde, em um processo que valoriza os saberes e as práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido à sua origem popular.

Com o processo de estruturação do SUS, a sociedade brasileira passa a ter acesso a uma rede de serviços básicos de saúde que, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) em expansão, apresenta o principal meio de reorientação da atenção à saúde. Nesse contexto, milhares de profissionais da saúde estão sendo inseridos no cotidiano do mundo popular e, muitos deles, ainda apresentam uma formação universitária centrada em procedimentos técnicos curativos, com exercício de uma prática clínica individualizada, mantendo relações autoritárias com os usuários e, conseqüentemente, inapropriadas para a efetivação dos princípios do SUS.

Nesse sentido urge a necessidade de transformar os modos de pensar e de fazer saúde, bem como a maneira como as relações entre os profissionais e a população têm acontecido. Para Ribeiro (2008), estas necessidades vêm instigando grupos de profissionais a buscarem na Educação Popular elementos que lhes permitam repensar e reorientar as práticas de saúde, fato que tem gerado mudanças significativas nas práticas profissionais, na organização dos serviços e na construção de políticas públicas mais coerentes com os interesses da população.

A proposta da EP para o ensino universitário em saúde é de uma pedagogia problematizadora que consiste em caracterizar a situação problema, debatê-la articuladamente com a realidade social e encaminhar soluções coletivas em um processo de ação-reflexão-ação. Dessa maneira, o aprendizado rompe com o tecnicismo, com a prática medicamentosa e as tentativas de mudanças de comportamentos de riscos ou ainda com as tradicionais medidas de saneamento básico que, na tentativa de prevenir doenças, desconsideram, muitas vezes, os aspectos socioculturais dos indivíduos (VASCONCELOS, 2007).

Embora haja um movimento nacional crescente de incentivo às ações de saúde orientadas pela Educação Popular e seja clara a sua importância para a prática educativa, esta perspectiva ainda encontra-se distante da matriz curricular das universidades de todo o país. Essa distância dificulta a formação de profissionais voltados para uma perspectiva inclusiva, ou seja, de superação dos métodos tradicionais e autoritários presentes na educação e na prática em saúde para uma atuação humana, ética e horizontal que, ao se aproximar do sujeito no seu processo de adoecimento, o trabalhador da saúde promova a superação da opressão e da exclusão social.

Nessa perspectiva, as Instituições de Ensino Superior (IES) têm enfrentado desafios para favorecer a formação de profissionais de saúde verdadeiramente capacitados para atuação junto ao SUS. A superação desta problemática passa pela mudança no paradigma biomédico ainda vigente, pela conscientização de trabalhadores e educadores da saúde, pelo maior suporte da administração universitária às atividades no ambiente comunitário e pela superação do preconceito dos estudantes em relação à atuação nos serviços públicos. Nesse sentido, a extensão universitária torna-se uma alternativa frente à rigidez do ensino universitário, sendo um espaço privilegiado para a construção de propostas pedagógicas inovadoras.

2.2 Educação Popular e extensão universitária

A extensão universitária possui diversos significados que podem ou não ser coerentes com a sua prática, ou seja, ela pode assumir-se como problematizadora e na prática esta característica não estar presente. As diversas concepções de extensão universitária passam pelo entendimento de que é algo enriquecedor para os objetivos da universidade; de que é uma atividade promotora de conhecimento; um retorno à sociedade do seu investimento na universidade; um elo entre o ensino e a pesquisa; uma maneira de corrigir a ausência da universidade nos problemas sociais; um nascedouro e desaguadouro da atividade acadêmica

ou; uma porta na qual os clientes e usuários têm de bater, quando necessitados (MELO NETO, 2004).

Todas essas formas de entender a extensão trazem reflexões importantes sobre o papel da universidade e sua relação com a sociedade. Estas precisam ser compreendidas como constituintes de um mesmo espaço que direta e indiretamente estão relacionadas, fato que parece ser esquecido pelas diferentes concepções acima citadas, nas quais o conhecimento produzido na universidade deve ser devolvido à sociedade, sendo a extensão a maneira pela qual isso acontece.

Ao longo do tempo, novas maneiras de pensar a extensão foram sendo discutidas, sejam em Fóruns de Pró-Reitorias, no próprio Mistério da Educação ou por grupos ainda pequenos e pouco reconhecidos que, na sua prática extensionista, revolucionam a maneira de fazer ciência na sociedade. Dessa maneira, ampliam-se as concepções ainda arraigadas de extensão para uma atividade que envolva universitários e comunidade na construção conjunta do conhecimento a ser utilizado para transformações sociais, por meio da ferramenta da pesquisa. Esta não se encontra separada do ensino e da extensão, mas integrada, em cada ação, ao se refletir a prática, ao buscar epistemologicamente respostas para as curiosidades que surgem.

Ao entender a extensão como um papel integrador da sociedade, é importante que fique claro que sua função não é integrar as pessoas a uma sociedade excludente, mas tornar-se o meio de busca por outras possibilidades de vida e outros processos culturais. A extensão favorece ao estudante, por meio da inserção na realidade concreta, novos conhecimentos relacionados com o momento histórico que vivenciam (MELO NETO, 2004).

Melo Neto (2001), fala de três visões para a extensão e que, normalmente, estão presentes no debate e na própria prática universitária. A primeira é a visão que a extensão é uma via de mão única, ou seja, a universidade é tida como uma instituição independente (externa à sociedade) que passa os resultados de seus trabalhos para a sociedade, acreditando no seu benefício. A segunda é a concepção de que a extensão é uma via de mão dupla, compreendida como um processo educativo, cultural e científico. Por meio dela, ocorre a troca de conhecimentos, ou seja, a universidade leva seus saberes para a comunidade e traz o conhecimento da sociedade para a instituição. Assim, a universidade e sociedade não são vistas como uma só, mas como parceiras que andam de mãos dadas procurando atender as demandas sociais. A terceira concepção, mais recentemente pensada, é a de que a extensão é um trabalho social com uma utilidade definida. Nesta, a universidade e sociedade não são entes separados, mas que com manifestações distintas, apresentam relação permanente na

construção de processos educativos, culturais e científicos, voltados para a consolidação de uma nova hegemonia – um trabalho comprometido com a classe subalterna, dirigido à organização dos seus diferentes setores. Nessa visão, a universidade e a comunidade são possuidoras do produto desse trabalho, que por meio da reflexão crítica, sempre presente, torna-se propositivo e denuncia o seu caráter transformador (MELO NETO, 2006).

Esse tipo de prática extensionista traz elementos que a configuram como Extensão Popular que, pautada nos preceitos da Educação Popular, visa à aproximação com os espaços comunitários e marginalizados rumo à transformação social (RIBEIRO, 2009). Essa extensão apresenta intencionalidade política clara, priorizando o diálogo, o protagonismo estudantil e comunitário, a afetividade, o compartilhamento das experiências e a indissociabilidade entre universidade e sociedade (RIBEIRO, 2009, MELO NETO, 2006). A EP confere à extensão universitária uma dimensão eminentemente política sem distanciar-se do que é essencialmente humano (CRUZ, 2011). Nesse sentido, a EP traz para a extensão a amorosidade, o respeito ao senso comum, à cultura, mas também seu caráter transformador, inquietante, problematizador e libertador.

A extensão Popular surgiu com a aproximação, ainda reprimida pela Ditadura Militar, de professores e estudantes com o meio popular, buscando maneiras de contribuir para a qualidade de vida nesses setores. As atividades desenvolvidas pelos estudantes não possuíam métodos estruturados, mas com a prática empírica, constituiu-se a Extensão Popular. Esta, atualmente, possui dinâmicas de trabalho próprias como rodas de conversa, oficinas, reuniões, ações conjuntas, conversas informais, etc. Todas essas atividades, embora abertas e acolhedoras de novas propostas, têm o diálogo como principal ferramenta, diálogo que é horizontal, problematizador e propositivo (VASCONCELOS, 2011c).

Inicialmente, a Extensão Popular consistia em uma maneira de se fazer Educação Popular e de estar com o popular, resistindo à hegemonia universitária e construindo novas maneiras de se fazer ciência e enfrentar as desigualdades sociais (CRUZ, 2011). Mais do que isso, a Extensão Popular tem proporcionado aos estudantes universitários uma formação profissional diferenciada, rompendo com o método de ensino dominante e criando novas possibilidades para além do estar no mundo. Essa prática extensionista pode ser encontrada nas mais distintas áreas do conhecimento, em diversas instituições de ensino superior do Brasil. No entanto, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) tem ganhado visibilidade no cenário nacional e internacional por meio da Extensão Popular na área da saúde.

A extensão universitária de caráter popular se apresenta como uma alternativa, frente ao conservadorismo do ensino universitário em saúde que, embora acolhendo os princípios do

SUS, ainda permanecem arraigados a práticas verticalizadas e distanciadas da realidade concreta. Assim, propõe-se com a Extensão Popular na Saúde o real entendimento do conceito ampliado de saúde, contribuindo para a formação de profissionais com um novo olhar, vislumbrando a dimensão social da saúde, incentivando as pessoas a tentarem superar e transcender suas vidas para melhores ambientes (MELO NETO, 2011).

O futuro profissional, por meio da Extensão Popular, poderá imbuir-se das dimensões políticas do fazer saúde que vão muito além da concepção biologicista, abrindo espaço para relações horizontais no cuidado, cuidado este que se estende para um compromisso maior - com o sujeito que sofre, com sua família, com sua comunidade e com a sociedade como todo.

CAPÍTULO 3

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUAS CONTRADIÇÕES

Este capítulo tem como objetivo fazer uma análise do Sistema Único Saúde (SUS), indo além de sua história, princípios e estratégias e apontando as suas contradições, enquanto política de Estado. O SUS, apesar de todo seu arcabouço teórico claro, apresenta especificidades próprias que estão muito ligadas à política de governo implementada em cada esfera administrativa, ou seja, o ideário dos direitos sociais, da cidadania, da universalidade, integralidade e igualdade passa por caminhos estreitos, cheios de armadilhas, distorções, tensões e desgastes relacionados à forças políticas e aos valores predominantes na sociedade (SANTOS, 2008).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, foi um marco histórico fruto de um processo democrático e participativo – o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro. Observa-se, institucionalmente, a mudança de um ‘sistema de saúde’ considerado insuficiente, autoritário, centralizado e injusto para um serviço de saúde de caráter público, organizado com as seguintes orientações: atendimento integral, com ênfase nas ações preventivas e sem prejuízo das ações assistenciais; participação da comunidade e; descentralização, com direção única em cada esfera de governo (PAIM, 2008). Cabe ao Estado, por delegação da sociedade, a reponsabilidade de formular e pactuar políticas públicas, bem como transformar a riqueza produzida em bens, serviços, conhecimentos e tecnologias imprescindíveis para a qualidade de vida da população (SANTOS, 2008).

Ao longo desses 26 anos de existência do SUS, podemos observar, no cenário nacional, fortes avanços no que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, a saber: a evolução das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, do Programa de Controle de HIV/AIDS, entre outros (SOUZA; COSTA, 2010). A partir de 1990, ano da regulamentação do SUS, a inclusão social, por meio do acesso aos bens de saúde, prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência, sendo evidenciado o aumento na oferta de atendimentos de baixa, média e alta complexidade; importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos e sistemas de informação); o controle do HIV/AIDS; ações de vigilância em saúde, entre outros (SANTOS, 2007). É no sistema público que encontramos o maior número de estabelecimentos de saúde, é ele o responsável

pela maior parte dos procedimentos e pela cobertura de três quartos da população e é nele onde a população encontra cobertura para procedimentos tipicamente de saúde coletiva, além do fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial – um dos itens de maior gasto privado em saúde (MENICUCCI, 2009).

O maior investimento na atenção básica tem contribuído para a redução da proporção de óbitos por diarreia, para a redução da mortalidade proporcional por causas mal definidas e para a ampliação da cobertura do PSF, que atingiu, em 2007, quase 100% dos municípios. No âmbito da média e alta complexidade, o governo inova com a reestruturação da atenção às urgências e emergências criando, em 2003, o Serviço Móvel de Atendimento às Urgências e Emergências (SAMU). Trata-se de um serviço de atendimento pré-hospitalar que tem conseguido reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as sequelas decorrentes da falta de atendimento oportuno. No que se refere à gestão do SUS, os entes federativos têm estabelecido pactos de cooperação a fim de superar os problemas de ação coletiva, buscando otimizar a utilização da rede de serviços e ampliar o acesso de forma mais igualitária. Essa articulação acontece em um movimento democrático, no qual há a participação das três esferas de governo e da própria sociedade (MENICUCCI, 2009). Nesse contexto, podemos observar que o SUS vem se institucionalizando com grandes avanços na saúde pública. No entanto, o alcance dos objetivos finalísticos do SUS está associado a questões cuja solução está fora dele, localizando-se no âmbito político da definição de políticas públicas pelo próprio Estado. Analisar o SUS enquanto política de Estado que toma para si o dever de prover uma saúde universal e integral, descentralizada e com a participação da comunidade, é, na realidade, compreendê-lo em suas contradições. Apesar dos avanços na saúde da população e da inegável conquista social pelo direito à saúde, a instituição do SUS também esteve atrelada ao aumento contínuo das dificuldades e dos desvios de seus princípios e diretrizes constitucionais.

Para Paim (2008) há vários tipos de ‘SUS’, o primeiro deles está voltado para a população mais carente economicamente e que, por esta razão, não dispõe de outros serviços de atenção à saúde. O ‘SUS para pobres’, tal como denomina o autor, é um produto ideológico, institucionalizado, que sofre influências de organismos internacionais e das restrições do financiamento público. Ao que me parece, trata-se de um serviço de atenção à saúde que pode ser proporcionado de maneira insuficiente, já que é para os pobres, para uma classe que historicamente não teve acesso a muitos direitos. É como se soasse aos meus ouvidos uma voz cansada, mas contente de um usuário: “para quem nunca teve nada, o SUS tá de bom tamanho”. Esse mesmo SUS também é manipulado por grandes empresas

internacionais, produtoras de insumos, tecnologias e medicamentos. É um SUS antipopular, pois invade o espaço dos pobres com uma proposta incoerente com as reais necessidades e interesses da população (PAIM, 2008).

Paim (2008) fala também do ‘SUS real’, moldado pelas políticas econômicas monetaristas, pelo clientelismo, patrimonialismo e partidarização na saúde. Trata-se do SUS concreto, vivenciado cotidianamente pelos trabalhadores e usuários que, de tão envolvidos e dependentes, não enxergam outra possibilidade a não ser adaptar-se às diferentes formas de governo instituídas. Há, ainda, o ‘SUS formal’, estabelecido pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde, também conhecido como ‘aquele que está no papel’. Este é o SUS que está nos manuais, nas diversas políticas de saúde instituídas e que tem servido de base para a formação de diversos profissionais da saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde, imbuído de todo o arcabouço jurídico institucional desse SUS, depara-se, no cotidiano dos serviços, com a sua contradição e passa a conhecer, por duros caminhos, o SUS real.

Por último, há o que Paim (2008) denomina ‘SUS democrático’ que integra, organicamente, o projeto pensado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ou seja, acolhe a dimensão institucional do SUS (‘SUS Formal’), mas assume a necessidade de vencer as amarras burocráticas desse SUS por meio da democracia e da gestão participativa. Essas diferentes formas de entender o SUS passam pelo reconhecimento da existência de uma ‘indústria da saúde’ forte e dominadora, por diferentes tipos de projetos de governo e gestão, pelos desejos e propostas de corporações profissionais bem organizadas e pelo ideal de mudança social (PAIM, 2008).

O Estado, para implementação de sua política no âmbito da saúde, sofre influência de forças políticas antagônicas que disputam, claramente, o poder pela saúde brasileira. De um lado, o SUS encontra apoio em movimentos populares e sindicais, em segmentos de trabalhadores da saúde, técnicos, pesquisadores, intelectuais e burocratas que atuam na perspectiva da Saúde Coletiva. Por outro lado, sofre oposição do grupo de empresários da saúde, das oligarquias e setores clientelistas da política, das corporações de profissionais, do capital industrial (medicamentos, equipamentos etc.), do capital financeiro, da maior parte da mídia e das empresas de publicidade (PAIM, 2008). O Estado, para manter-se, aceita muitas das interferências feitas por essas forças políticas, fato que se concretiza em grandes contradições no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Nesse sentido, Santos (2013) identifica e aponta quatro obstáculos presentes no ‘SUS real’, a saber: a) o subfinanciamento do governo federal para a saúde; b) subvenção crescente com recursos federais ao mercado dos planos privados de saúde; c) grande rigidez da estrutura

administrativa e burocrática do Estado e; d) privatização da gestão pública. Em relação ao financiamento do Estado para a Saúde, Silva (2009) é enfático ao dizer que ele deve ser proporcional ao tipo de sistema que a população aspira. No SUS formal, as aspirações são de um sistema de saúde de acesso universal, integral e que obedeça aos demais princípios e diretrizes presentes na Constituição. O déficit no financiamento do SUS tem gerado consequências graves à saúde da população, relacionando-se intimamente aos outros obstáculos citados por Santos (2013) e contribuindo consideravelmente para violação dos princípios e diretrizes constitucionais. Nesse contexto, podemos observar a primeira grande contradição do SUS enquanto política de Estado: o princípio da universalidade afirma o direito de cidadania às ações e serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos por meio da defesa permanente de recursos financeiros. No entanto, o Estado com a política de ‘contenção de gastos’ reduz as despesas públicas a fim de manter um alto superávit primário. É nessa configuração econômica rígida que o princípio da universalidade se insere contraditoriamente (MENDES, 2009).

O subfinanciamento da saúde também está associado a outras contradições do âmbito dos pressupostos do SUS. A falta de investimento em equipamentos diagnósticos, terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos aumenta a contratação/convênio dos serviços privados que passam de complementares para o centro nervoso do SUS. Dessa maneira, fere-se ao pressuposto da *complementariedade dos serviços privados na atenção à saúde*. A drástica limitação de pessoal e a desumana precarização do trabalho em saúde são evidenciadas pela baixa remuneração, a ausência de planos de carreira e pelo falso incentivo à gestão participativa. Observa-se, portanto, que a Política Nacional de Humanização, que preconiza, entre outros elementos, a *valorização do trabalhador*, encontra-se distante da concretização. O subfinanciamento federal atinge os três níveis de atenção de forma desigual, porém, é preconizado pelo SUS o *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*. O que se observa, em muitos municípios, é o maior repasse de recurso para a média complexidade atrelado à baixa capacidade de resolutividade da atenção básica, à inexistência de redes regionalizadas e de mecanismos efetivos de regulação, de referência e contrarreferência (SANTOS, 2013). A baixa efetividade da atenção básica leva à sobrecarga e tensionamentos nos níveis de maior complexidade do SUS, implicando a segmentação e o aparecimento de múltiplas portas de entrada no sistema, bem como a persistência de mecanismos de seletividade e iniquidade social (PAIM, 2008).

É possível observar, no âmbito da gestão do SUS, a falta de profissionalização dos dirigentes, o persistente clientelismo político, a alta rotatividade das equipes e o

‘engessamento’ burocrático chegam a justificar a discussão acerca das fundações estatais, autarquias especiais, agências, etc. que, ao gerenciar os serviços públicos, denunciam a fragilidade ou, em alguns casos, desconsideram a força e a competência do setor público (PAIM, 2008). O gerenciamento das instituições públicas de saúde por grupos privados reduz a função do Estado de provedor para financiador de investimentos privados na capacidade instalada de saúde. Há, portanto, a *privatização da gestão pública* (SANTOS, 2013).

A descentralização, princípio constitucional do SUS, teve resultados positivos ao longo desses 25 anos, marcadamente pela expansão dos serviços municipais de saúde. No entanto, a transferência insuficiente de recursos, a delegação de responsabilidade e poderes aos municípios e a Lei de Responsabilidade Fiscal estão diretamente ligadas as maiores contradições desse princípio: a incapacidade financeira de gerir o SUS de maneira adequada atrelada às influências político-partidárias e a autarquização municipal, além da impossibilidade de contratação de pessoal em decorrência da restrição orçamentária, e, conseqüentemente, a criação de fundações privadas adotadas por estabelecimentos públicos (SILVA, 2009; BAHIA, 2008). É nesse contexto que diversos trabalhadores de saúde estão sendo inseridos no SUS, ficando a mercê de manobras políticas, vínculos empregatícios inseguros, salários insuficientes e exigências de trabalho que fogem aos preceitos das diversas profissões da saúde. Paim (2008) acrescenta que, ao priorizar a autonomia dos municípios, o SUS sofre as influências da descontinuidade administrativa, tornando-se vulnerável às mudanças de governos, gestores e partidos.

Em relação ao princípio da participação da comunidade, bastante salientado no texto constitucional e que é reflexo das reivindicações dos movimentos sociais na década de 1980 e dos grupos reformistas na área da saúde durante a ditadura militar, este parece ser, entre todos os outros, o mais contraditório. A participação da comunidade foi pensada pelo Movimento da Reforma Sanitária como um processo no qual a sociedade participaria ativamente do SUS, em todos os seus níveis e em todas as instâncias, ou seja, o SUS pensado e idealizado como um sistema público e participativo, não estatizante, mas popular (FLEURY, 2009). No ‘SUS formal’, o princípio da participação da comunidade encontra-se atrelado ao conceito de controle social, ou seja, o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos – os Conselhos e as Conferências de Saúde. De acordo com essa concepção, a sociedade pode e tem o potencial para reduzir os mecanismos de cooptação e de clientelismo, comuns na cultura política brasileira, interferindo na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado e na luta pelos interesses da coletividade, estabelecendo, assim, a capacidade de participação e mudança na saúde (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

A análise contraditória desse princípio parte do pressuposto de que os espaços de controle social devem ser, verdadeiramente, democráticos, paritários e deliberativos. No entanto, a participação da comunidade adquiriu forte conotação ideológica e esquecemos que ela se insere em um Estado contraditório, influenciado por interesses antagônicos de setores da sociedade. Nogueira e Miotto (2006) apontam alguns impedimentos à plena realização do controle social no SUS, a saber: a falta de autonomia frente ao poder executivo; a falta de compromisso político dos gestores; a ausência de uma cultura de controle social; a desarticulação institucional dos Conselhos; as deficiências na representação e; a dificuldade em manejar as informações em saúde.

A participação popular na saúde encerra relações sociais diferenciadas e em constante construção, depende de arranjos políticos, factuais ou mais ideologizados nos quais são definidos os movimentos de um intrincado jogo de interesses políticos e econômicos (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Tais autores apontam que a incorporação formal dos movimentos populares aos segmentos mais institucionalizados é um risco para que o controle social represente uma nova forma de cooptação política e um mecanismo para a redução de conflitos, ou seja, seriam os próprios representantes da comunidade, influenciados pelas artimanhas políticas, os mediadores dos conflitos entre os gestores e a comunidade representada. Observa-se, assim, a existência de um controle social mascarado.

Sobre a fragilidade do Controle Social, Paim (2008), acrescenta que vivemos uma cidadania deficiente e, nessa situação, os espaços de participação institucionalizados passaram a ser colonizados por interesses particulares (partidários, empresariais, clientelistas, corporativos, religiosos, etc) ou mesmo dos chamados ‘usuários’ com patologias específicas que, ao dedicarem parte do tempo das suas vidas colaborando para o desenvolvimento do SUS, pagam uma espécie de ‘mais-valia participativa’ para obter o mínimo do direito à saúde. O autor, ao utilizar termos próprios do capitalismo na saúde como, por exemplo, a “mais valia”, aponta uma importante contradição do SUS – um sistema de saúde pautado em pressupostos do socialismo inserido em um modelo econômico excludente, liberal e que tem na meritocracia a base para manutenção das injustiças sociais. O fato de vivermos em um país assumidamente capitalista, não inviabiliza o sucesso das políticas sociais (como é o caso do SUS), já que outros países, que apresentam o mesmo modelo econômico do Brasil, conseguem ou conseguiram, por certo tempo, garantir o estado de bem estar social à sua população. Nesse sentido, o grande problema do Brasil parece ser a sua dominação por forças políticas conservadoras que, historicamente, se organizam e traçam estratégias para se perpetuarem no poder.

Quando analisamos o princípio da participação da comunidade em seu sentido mais amplo, ou seja, indo além das instâncias de controle social e efetivando-se no cotidiano dos serviços de saúde, esbarramos em inúmeros desafios que perpassam a gestão do SUS, os próprios usuários e os trabalhadores da saúde com suas práticas amarradas no autoritarismo biomédico, ainda hegemônico. Esbarramos, portanto, na formação profissional em saúde que, historicamente, tem contribuído para manutenção de práticas de saúde inadequadas aos interesses da população, centradas em procedimentos técnico-científicos e distantes das diferentes realidades em que se encontram a maioria dos usuários do SUS. É nesse contexto que os profissionais egressos da Extensão Popular assumem um caráter inovador nos serviços públicos de saúde por sua formação política, criativa, crítica, humanizada e intencionalmente direcionada para superação das desigualdades sociais. No entanto, não basta que alguns profissionais saibam atuar em uma perspectiva inovadora, próxima do contexto e realidade dos usuários, é preciso que a gestão reconheça e valorize esse tipo de trabalho, encontrando caminhos administrativos para sua operacionalização.

Ao longo dessa última década, a Educação Popular em Saúde tem ganhado espaço no cenário nacional por meio da criação de uma coordenação de Educação Popular vinculada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e pelas políticas do ParticipaSUS e a recém-instituída Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Esta última conquista marca um novo momento no SUS, ao trazer o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular como diretrizes a serem incorporadas pelos estados e municípios em toda prática e serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2013a). A Educação Popular deixa, portanto, de ser uma prática subversiva e passa, institucionalmente, a ser um componente efetivo do cotidiano do SUS.

A PNEPS-SUS, além de reafirmar o compromisso com os princípios e diretrizes do SUS, propõe que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde aconteçam pelo diálogo entre a diversidade de saberes, pela valorização dos saberes populares, da ancestralidade, do incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos. Busca contribuir com a participação popular, com a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação em saúde e as práticas educativas em saúde (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, a própria PNEPS-SUS, a SGEP e o ParticipaSUS apontam possibilidades de mudança na forma como o SUS tem sido concebido e organizado na maioria dos municípios do Brasil. Traz para o centro da discussão o empoderamento dos cidadãos, a garantia da participação popular para além dos instrumentos de controle social do SUS, a

autonomia e o protagonismo dos diversos sujeitos. Nesse cenário, o profissional egresso da Extensão Popular tende a ser reconhecido e valorizado por saber atuar na perspectiva ética, política e metodológica da Educação Popular. Esse tipo de profissional, voltado para práticas de saúde mais participativas e inclusivas, comprometidas com as classes populares, pode ser ideal para o SUS democrático, mas vai de encontro a muitos tipos de SUS, inclusive o SUS real.

3.1 Problematizando

Analizando as vivências relatadas no capítulo 1 deste trabalho, podemos perceber que a Extensão Popular proporciona aprendizados diferenciados no que tange ao trabalho interdisciplinar, integral, humanizado, amoroso, inclusivo, ético, coerente com os princípios do SUS e incentivador da autonomia e liberdade dos sujeitos. Esse tipo de extensão encontra na Educação Popular a base para sua prática, reorientando processos formativos no âmbito da Saúde.

O SUS é uma política de Estado importante por apontar os princípios da equidade, universalidade, descentralização e participação social na saúde. No entanto, sofre de inadequações por ser algo burocratizado e amarrado a interesses econômicos e políticos de grupos com maior poder na sociedade. O SUS, como parte do Estado (que não é monolítico – nem para o mal e nem para o bem), é contraditório, apresenta partes antigas, ainda enraizadas, e partes inovadoras. Em princípio, os profissionais formados na perspectiva da Educação Popular apresentam grandes potencialidades para o trabalho em saúde junto ao SUS, mas, da forma como ele está organizado em muitos municípios, tais profissionais podem enfrentar enormes desafios.

A EP tem a intenção e o compromisso ético de formar sujeitos comprometidos com as classes populares, com práticas participativas e inclusivas, bem como com a conscientização da população e superação das desigualdades sociais. Tais elementos vão de encontro à maneira como o SUS tem sido pautado em muitos municípios e, portanto, a valorização desses elementos pelos trabalhadores de saúde, pode caracterizar suas práticas como subversivas. Nesse contexto, Vasconcelos (2007) aponta uma situação conflitante em que o profissional egresso da Extensão Popular pode se deparar no trabalho junto ao SUS: de um lado a população carregada de problemas graves de saúde e de outro as instituições de saúde esvaziadas pela crise fiscal do Estado e o descaso político.

Apesar de serem desejados e ao mesmo tempo rejeitados por muitas gestões do ‘SUS real’, os profissionais egressos da Extensão Popular têm se destacado em processos para

contratação temporária, passando a ocupar cargos importantes e estratégicos nos setores públicos, seja na atenção à saúde ou na própria gestão do SUS. Nesse sentido e considerando os pressupostos da Educação Popular para o trabalho em Saúde, questiono: os profissionais egressos da Extensão Popular têm conseguido implementar os aprendizados proporcionados por essa experiência no trabalho junto ao SUS? Qual a contribuição da Extensão Popular para a formação profissional em saúde e para o trabalho junto ao SUS? Quais são as potencialidades e facilidades para o exercício profissional junto ao SUS proporcionadas pela experiência da Extensão Popular? Quais os desafios enfrentados pelos profissionais egressos da Extensão Popular no trabalho junto ao SUS?

3.2 Justificativa - refletindo sobre a importância do estudo

Os aspectos pedagógicos da Extensão Popular relatados na parte inicial deste trabalho nos levam a considerar que os profissionais de saúde, egressos da Extensão Popular, possuem grande conhecimento e habilidade para o trabalho em saúde junto ao SUS e que, apesar das dificuldades inerentes ao mundo do trabalho nos serviços públicos, tais profissionais possuem, minimamente, elementos capazes de modificar jeitos e práticas de fazer saúde que estão enraizadas e que são incoerentes com o que é preconizado pelos fundamentos do SUS.

Considerando o processo de mudança na formação dos profissionais de saúde que está em curso, marcadamente a partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, os resultados deste estudo podem contribuir com a discussão acerca desse processo de mudança, abrindo espaço para que novas propostas sejam pensadas e implementadas no mundo do ensino universitário em saúde.

A análise do trabalho em saúde junto ao SUS, sob a perspectiva do trabalhador egresso da Extensão Popular, apresenta-se como uma proposta inédita e de grande relevância no contexto atual em que os pressupostos teóricos-metodológicos da Educação Popular se concretizam enquanto política nacional - a Política Nacional de Educação Popular em Saúde para o SUS (PNEPS-SUS). A identificação das potencialidades e das dificuldades enfrentadas no cotidiano do SUS para implementação de práticas coerentes com a Educação Popular em Saúde pode possibilitar mudanças da realidade do trabalho em saúde local por meio da sensibilização dos gestores, discussão e elaboração de estratégias para superação dos desafios.

3.4 Objetivos

Geral: Analisar o trabalho em saúde junto ao SUS a partir da experiência na Extensão Popular.

Específicos:

- Identificar agrupamentos de profissionais, considerando a experiência na Extensão Popular e no trabalho em saúde junto ao SUS;
- Identificar o perfil de profissionais egressos da Extensão Popular e suas inserções profissionais;
- Identificar, na perspectiva da Educação Popular, as potencialidades e os desafios envolvidos na prática do profissional de saúde junto ao SUS.

CAPÍTULO 4:

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, de natureza quantitativa e qualitativa. É um estudo exploratório, na medida em que se propõe a obter a visão geral e aproximativa de determinado fato (GIL, 2008). É também um estudo descritivo porque busca apreender características de um grupo específico (profissionais egressos da Extensão Popular), bem como a associação entre variáveis (GIL, 2008).

As pesquisas de natureza quantitativas são aquelas que atuam em níveis de realidade e têm como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000; BAPTISTA; CAMPOS, 2010). Já as investigações qualitativas buscam incorporar o significado e a intencionalidade presentes nos atos, nas relações e nas estruturas sociais (MINAYO, 2007).

Bourdieu (1989), em *O poder simbólico*, faz uma crítica ao monoteísmo metodológico, ou seja, a adesão rígida a um método específico. Para este autor, “é preciso desconfiar das recusas sectárias que se escondem por detrás das profissões de fé demasiado exclusivas e tentar, em cada caso, mobilizar todas as técnicas que, dadas as condições práticas de recolha dos dados, são praticamente utilizáveis” (BOURDIEU, 1989, p. 26). Nesse sentido, Minayo (2007) defende a superação das dicotomias existentes entre as abordagens quantitativa e qualitativa, vencendo os marcos do positivismo e a compreensão da magnitude dos fenômenos e processos sociais rumo à complementaridade. Para tanto, faz-se necessário que haja conformidade entre as abordagens na elaboração e planejamento de cada um de seus processos investigativos, pois, apesar das duas abordagens se complementarem, favorecendo a aproximação da realidade observada, elas apresentam especificidades próprias que devem ser respeitadas (MINAYO; SANCHES, 1993). Assim, buscando a melhor compreensão do percurso metodológico, os métodos de investigação qualitativo e quantitativo foram trabalhados separadamente no processo de coleta de dados, todavia, os resultados foram integrados na discussão, a fim de possibilitar uma compreensão mais abrangente do fenômeno estudado.

4.1 Abordagem Quantitativa

Considerando este tipo de abordagem metodológica, a população do estudo foi formada por todos os profissionais da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Nutrição,

Odontologia, Farmácia, Educação Física, Psicologia, Serviço Social) egressos da Extensão Popular, mais precisamente do Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) e projetos associados (Para Além da Psicologia Clínica Clássica, Fisioterapia na Comunidade, Projeto Educação popular na Atenção às Gestantes e Puérperas; Projeto Educação Popular na Atenção à Saúde do Trabalhador e; Projeto Saúde Bucal na Comunidade). A escolha desses projetos de extensão se deu pelo histórico de suas atuações, pela familiaridade da pesquisadora com a metodologia de trabalho desses projetos e pelo fato de que esses projetos envolvem um grupo numeroso dos extensionistas que atuam na perspectiva da educação popular na UFPB.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado (Apêndice A), dividido em três módulos. O primeiro aborda informações básicas, importantes para a estatística descritiva, ou seja, sexo, religião, tempo de participação na extensão, vínculo empregatício, etc. O segundo e terceiro módulos abordam as seguintes dimensões: autonomia, protagonismo, trabalho em equipe, aproximação comunitária, participação popular e humanização. Para cada dimensão, há uma afirmação referente aos aprendizados proporcionados pela Extensão Popular e uma equivalente, referente à atuação profissional junto ao SUS. Ainda sobre o instrumento de coleta de dados, as variáveis foram mensuradas por meio da escala likert. Esta retrata uma série de afirmativas relacionadas com o objeto pesquisado, sendo possível verificar o nível de concordância do respondente de acordo com cada afirmação (ALBAUM,1997; VALLEJO; SANZ; BLANCO; 2003). Nesse estudo, cada sujeito teve que atribuir um juízo de valor para cada afirmação feita, numa escala de 0 a 10, onde 0 significa discordo totalmente e 10 concordo totalmente.

Foram incluídos nesse estudo, estudantes que permaneceram no PEPASF e demais projetos associados por no mínimo um ano – muitos dos aprendizados favorecidos por essa experiência extensionista acontecem com a participação mais ativa dos estudantes que, no geral, ocorre em um ano de experiência; graduaram um curso de saúde (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Educação Física, Serviço Social e Psicologia) no período de 2004 a 2012; atuam ou atuaram de maneira direta no SUS – nesse sentido, foi considerada a atuação nos serviços públicos ou serviços privados, conveniados ao SUS.

Entendendo o percurso metodológico como um processo de construção do objeto que não é estático, que se dá por retoques sucessivos, por toda uma série de correções e de emendas, é que a metodologia serviu como guia, contribuindo como o seu rigor, mas, em nenhum momento, impossibilitou a análise relacional do objeto e a realização de mudanças julgadas necessárias durante o processo científico. Para Bourdieu (1989) o objeto não está

isolado de um conjunto de relações, ele se faz presente em um contexto real (campo), influenciando e sendo influenciado por este. Nesse sentido e considerando o próprio processo de construção do objeto, apontamos alguns desafios enfrentados ao longo do estudo quantitativo, exigindo do pesquisador flexibilidade, profundas reflexões e alterações no percurso do estudo.

O primeiro grande desafio esteve relacionado ao acesso às informações sobre os projetos de extensão popular, ou seja, informações sobre os extensionistas, o tempo de permanência no projeto, o curso de graduação, telefone e e-mail. Portanto, coube ao pesquisador explorar as diversas fontes de informação possíveis (professores, assessoria de extensão do Centro de Ciências da Saúde, a Pró-reitoria de extensão da UFPB e os próprios ex-extensionistas conhecidos pela pesquisadora) a fim de obter informações concretas sobre os profissionais egressos e, assim, poder iniciar a coleta de dados. Outra dificuldade para o pleno desenvolvimento da pesquisa esteve relacionada à coleta do material empírico que, devido à dispersão dos sujeitos nos vários estados brasileiros, exigiu o envio do questionário pelo correio eletrônico e pelas redes sociais. Nesse contexto e apesar das cobranças frequentes, muitos sujeitos não receberam o questionário (contato desatualizado), desconsideraram o pedido ou demoraram muito tempo para devolver os questionários respondidos.

Essa demora e até mesmo a indisponibilidade dos sujeitos em contribuir com esse estudo, levou a uma reflexão sobre como a Extensão Popular repercute na vida dos profissionais egressos após muitos anos da experiência e de formação profissional. É certo que a experiência da Extensão Popular gera grande envolvimento durante a formação universitária em saúde por possibilitar, no ainda estudante, o encontro com novos sentidos para sua futura prática profissional, ajudando a desenvolver sonhos, utopias, ideologias sobre o seu papel no mundo, na saúde e na sociedade. No entanto, pude perceber que, ao se envolver no universo do trabalho em saúde, o profissional do SUS toma para si outras demandas, muitas delas associadas ao sucesso pessoal e profissional, ou seja, tendem a manter vários vínculos empregatícios e constituem família. Nesse caso, interromper sua rotina para responder a um questionário não é prioridade. Há de se considerar, também, que muitos trabalhadores que se encontram em situação de insegurança no trabalho demonstraram receio em responder ao instrumento de coleta de dados, temendo a sua identificação e, conseqüentemente, prejuízos no andar do seu trabalho em saúde, apesar de terem sido esclarecidos do caráter sigiloso do estudo. Nessa perspectiva e considerando que o objeto é

quem orienta todas as opções práticas da pesquisa, de um universo populacional de 399 sujeitos, trabalhamos a análise com 78 respondentes.

Em termos práticos, a obtenção dos dados quantitativos, bem como a sua análise diferem consideravelmente das técnicas utilizadas na abordagem qualitativa, exigindo a formulação de hipóteses e, conseqüentemente, de procedimentos para testá-las. A primeira hipótese a ser testada nesse estudo foi a de que *os aprendizados proporcionados pela experiência na Extensão popular conseguem ser implementados no mundo do trabalho junto ao SUS*. Para tanto, comparou-se as médias dos aprendizados proporcionados pela extensão com as médias da experiência no trabalho junto ao SUS, considerando as dimensões analisadas nesse estudo (autonomia e protagonismo, aproximação comunitária, etc.). Para comparação das médias, utilizamos o teste não paramétrico de Wilcoxon (para amostras pareadas). O nível de significância adotado foi de 5% e o software SPSS 17 foi o utilizado para realizar as análises estatísticas.

Após esse teste, realizamos a Análise de Agrupamento (AA) a fim de identificarmos o comportamento dos sujeitos na Extensão Popular e no Trabalho junto ao SUS. Após a formação dos grupos, realizamos o teste de Wilcoxon para testar a diferença entre a experiência extensionista e o trabalho no SUS dentro dos grupos. Já, para analisarmos a diferença entre os grupos, utilizamos o teste não paramétrico de Mann-Whitney (para amostras independentes). A Análise de Agrupamento foi realizada no *software R 3.0.2 – pacote clValid* e os testes de Wilcoxon e Mann-Whitney foram realizados no software SPSS 17, com nível de significância de 5% .

4.1.1 Entendendo a técnica da Análise de Agrupamento (AA)

A análise de agrupamento, também conhecida como *cluster analysis* pode ser compreendida como um grupo de técnicas multivariadas que tem como finalidade agregar objetos (sujeitos da pesquisa, produtos, ou outras entidades) em classes ou grupos de acordo com características semelhantes, ou seja, os objetos no grupo devem apresentar semelhanças entre si com base em um conjunto de variáveis analisadas pelo pesquisador (no caso desse estudo: autonomia e protagonismo; trabalho em equipe; aproximação comunitária; participação popular; e humanização) (HAIR; BLACK; BABIN et al., 2009; BROCK; PIHUR; DATTA et al., 2008; LOUREIRO, 2005; MATOS, 2007; GAN; MA; WU, 2007).

A análise de agrupamento, apesar de ser útil para redução de dados e para geração de hipóteses, ainda apresenta necessidade de apoio conceitual e existem algumas advertências quanto ao seu emprego que devem ser observadas. A primeira é que, na análise de

agrupamento, os algoritmos, de um modo geral, não possuem um suporte probabilístico no qual se possa esboçar inferências de uma amostra para uma população. A segunda advertência refere-se ao fato da análise de agrupamento sempre gerar grupos, independente da existência real de alguma estrutura nos dados, ou seja, achar agrupamentos não valida a existência dos mesmos, sendo necessário um forte suporte conceitual para que os grupos sejam significantes e relevantes. Por último, a solução de agrupamento não é generalizável, pois depende das variáveis usadas para a medida de similaridade. Dessa maneira, o pesquisador precisa estar atento as variáveis utilizadas na análise, garantindo que tenham forte suporte teórico para o problema da pesquisa (HAIR; BLACK; BABIN et al., 2009).

Nesse contexto, enfatiza-se a importância do pesquisador conhecer a técnica estatística a ser utilizada na sua pesquisa para além da operacionalização no software, sabendo identificar as condições a serem satisfeitas, vantagens, desvantagens, potencialidades e limitações da técnica. Além disso, o pesquisador precisa ter clareza da problemática em questão, dos objetivos propostos e das variáveis a serem consideradas no estudo.

Em termos gerais, a análise de agrupamento investiga a presença de similaridade entre os objetos de análise, formando grupos. Estes grupos devem exibir elevada homogeneidade interna (a dissimilaridade dentro dos grupos é mínima) e elevada heterogeneidade externa (a dissimilaridade entre grupos é máxima). Tais características na similaridade visam preservar a propriedade de coesão dos indivíduos de um grupo, bem como a propriedade de isolamento entre os grupos. Dessa maneira, quanto menor a dissimilaridade, mais parecidos (similares) serão os indivíduos pertencentes a um mesmo grupo e, quanto maior a dissimilaridade entre grupos, mais distantes eles estarão e mais diferentes serão os indivíduos de grupos distintos (HAIR; BLACK; BABIN et al., 2009; LOUREIRO, 2005; GAN; MA; WU, 2007).

Partindo da conceituação da análise de agrupamento para o entendimento do seu funcionamento, torna-se necessário teorizar sobre três questões básicas para a formação dos grupos: medição de similaridade ou dissimilaridade; formação de agrupamentos; e determinação do número de agrupamentos na solução final. Estas correspondem às etapas a serem seguidas no processo da análise de agrupamentos.

Medição de similaridade ou dissimilaridade

Como já mencionado anteriormente, similaridade representa o grau de correspondência entre os objetos, considerando as variáveis usadas na análise. Existe uma diversidade de cálculos para medição de similaridade e dissimilaridade (Distância Euclidiana, Distância de Manhattan, Distância Máxima, Distância de Minkowski, Average, etc.) e a sua

escolha baseia-se na subjetividade do pesquisador que deve considerar a natureza dos dados (quantitativos ou qualitativos, contínuos ou binários, nominais ou ordinais) e o conhecimento do problema em questão (HAIR; BLACK; BABIN et al., 2009; MELLO, 2008; LOUREIRO, 2005). Esta escolha é conseguida, muitas vezes, através de uma combinação de habilidade, experiência, conhecimento e sorte. Entendendo que não há necessidade, nessa pesquisa, de abordar cada medida de similaridade e dissimilaridade existente, identificaremos a métrica escolhida para o processo da análise de agrupamento feita nesse estudo – a distância euclidiana:

$$d_{euc}(x, y) = \left[\sum_{j=1}^d (x_j - y_j)^2 \right]^{\frac{1}{2}} \quad (1)$$

A distância Euclidiana é a medida de dissimilaridade mais utilizada na análise de agrupamento, pois se aplica melhor a dados não padronizados (dados brutos), ou seja, dados que não tem nenhum tipo de tratamento de adaptação de escala, como é o caso desse estudo (DEZA, 2009; CÂMARA, 2009). Em termos práticos e considerando a medição de similaridade ou dissimilaridade, esse estudo escolheu a distância euclidiana como medida de dissimilaridade e, ao utilizar o *software R 3.0.2* para tratamento dos dados, a distância euclidiana quadrática foi a métrica escolhida para medir as diferenças entre os sujeitos nos grupos. Essa métrica coloca maior peso nos objetos que estão mais separados e é definida pelo quadrado da distância Euclidiana (SEIDEL et al., 2012; CÂMARA, 2009):

$$d_{seuc}(x, y) = d_{euc}(x, y)^2 = \sum_{j=1}^d (x_j - y_j)^2 = (x - y)(x - y)^T \quad (2)$$

Formação de Agrupamentos

Determinada a medida de dissimilaridade, o próximo passo na análise de agrupamento é a escolha do método para formação de grupos. Assim como no processo de medição de similaridade e dissimilaridade, existem diversos métodos para definição dos aglomerados, sendo o pesquisador a figura responsável por decidir qual o método mais adequado para o desenvolvimento do seu trabalho.

Os métodos de agrupamento podem ser divididos em dois tipos: hierárquicos e não hierárquicos. No primeiro, uma vez combinadas as observações ou grupos de observações, não é possível a sua separação, já no segundo método, a quantidade de grupos é fixada previamente e as observações podem ser deslocadas de um grupo para outro (MATOS, 2007; LOUREIRO, 2005; GAN; MA; WU, 2007). Para fins deste estudo, foi utilizado o método hierárquico do tipo aglomerativo. Trata-se de um método sequencial que continua até que

todas as observações estejam em apenas um grupo, obedecendo ao critério de maior similaridade entre os objetos (MATOS, 2007; HAIR; BLACK; BABIN et al., 2009; GAN; MA; WU, 2007). Entre as técnicas aglomerativas disponíveis, utilizamos, nesse estudo, o método Ward como medida de similaridade intergrupos. Este método, conhecido como de variação mínima ou da inércia mínima, utiliza a análise de variância para avaliar as distâncias entre os clusters, ou seja, minimiza o quadrado da distância euclidiana às médias dos grupos. Assim um grupo será reunido a um outro grupo se essa reunião proporcionar o menor aumento da variância intragrupo. Trata-se de um método muito eficiente, porém, tende a criar agrupamentos de pequeno tamanho (CÂMARA, 2009).

$$d^2(\Omega_R, \Omega_Q) = \frac{2|R||Q|}{|R|+|Q|} ||\bar{x}(\Omega_R) - \bar{x}(\Omega_Q)||^2 \quad (3)$$

Determinação do número de agrupamentos na solução final

Na análise de agrupamento o passo final é a determinação do número de agrupamentos na solução final (validação do agrupamento). Para tanto, o pesquisador deve verificar cada solução quanto à sua estrutura e quanto à heterogeneidade dos agrupamentos, tendo em mente que a heterogeneidade interna aumenta à medida que ocorre a combinação de agrupamentos. Assim, o objetivo final deste processo é obter a estrutura mais simples possível (menos grupos) que ainda represente agrupamentos homogêneos (HAIR; BLACK; BABIN et al., 2009).

Nesse contexto, a determinação do número de grupos na solução final não é uma tarefa fácil, pois além dos agrupamentos apresentarem boas propriedades estatísticas (compactos, bem separados, ligados e estáveis), eles devem proporcionar resultados que sejam relevantes e possíveis de contribuir com a discussão acerca do objeto estudado (BROCK; PIHUR; DATTA et al., 2008). Considerando tais requisitos, a determinação do número de agrupamentos na solução final foi realizada com a ajuda do *software R 3.0.2 – pacote clValid*.

4.2 Processo de validação do questionário

A elaboração de um instrumento de coleta de dados com o qual possamos colher dados que reflitam informações sobre os objetivos da pesquisa é uma tarefa árdua e processual, pois envolve, além da sua construção, a sua validação. A validade refere-se ao grau com que uma medida empírica reflete adequadamente o significado real da sua investigação, de forma que

seja aceita e melhorada, tornando-se uma ferramenta verdadeira e útil para se coletar dados (BABBIE, 2003; BARREIRA, 2007).

Para Babbie (2003), há três tipos principais de validade: validade relacionada a critério ou validade preditiva; validade de conteúdo e validade de construção. A validade preditiva baseia-se em algum critério externo, ou seja, a validade do conselho de uma faculdade, por exemplo, é evidenciada pela capacidade de prever o sucesso dos alunos. A validade de conteúdo refere-se ao grau com que uma medição cobre a amplitude de significados da investigação, ou seja, o questionário deve ser construído em adequação aos conceitos teóricos existentes. A validade de construção (operacionalização) baseia-se no modo como uma medida se relaciona a outras variáveis em um sistema de relações teóricas.

A construção do instrumento de coleta de dados (Apêndice A) foi feita baseada na validade de conteúdo, ou seja, buscou-se construir um questionário no qual o conteúdo incluído fosse adequado ao que se pretendia medir – a experiência dos profissionais egressos da Extensão Popular, na própria extensão e no trabalho em saúde junto ao SUS, considerando as dimensões da autonomia e do protagonismo, trabalho em equipe, aproximação comunitária, participação popular e humanização.

Telles-Correia et al. (2008) orientam que, para a construção do questionário, o pesquisador faça uma revisão extensa da literatura, consulte especialistas e realize um teste piloto. Assim, para elaboração dos itens presentes no questionário dessa pesquisa, foi feita a leitura dos depoimentos, já publicados, de estudantes que participaram da Extensão Popular, buscando identificar os principais aprendizados proporcionados por essa experiência educativa, bem como o significado da Extensão Popular para a formação profissional em saúde. (VASCONCELOS; CRUZ, 2011; VASCONCELOS; FROTA; SIMON, 2006). Nesse sentido, o instrumento de coleta de dados utilizado nessa pesquisa teve como base as vivências estudantis na Extensão Popular, já que ainda não há estudos que relatem a experiência profissional junto ao SUS de egressos da Extensão Popular.

Além da análise da literatura, o questionário utilizado nesse estudo foi apresentado a 5 teóricos e militantes da Educação Popular (análise de juízes) – Professores vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB e sujeitos ligados a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP). A análise dos especialistas possibilitou ajustes no questionário no sentido de corrigir inadequações teóricas e torná-lo mais coerente aos pressupostos da Educação Popular e aos objetivos desse estudo.

Após a análise dos especialistas, foi realizado um teste piloto com 10 (dez) profissionais egressos da Extensão Popular a fim de verificar se os itens propostos e as

instruções apresentadas eram compreensíveis (análise semântica) e possíveis de serem aplicados (PASCHOAL; TAMAYO, 2004). Desse processo, os termos que foram considerados ambíguos ou imprecisos foram substituídos ou adequados no texto, melhorando a compreensão dos itens e facilitando o julgamento de valor de cada questão.

Finalizada a validade de conteúdo, prosseguimos com a validade de construção, buscando averiguar a confiabilidade do questionário por meio do método de consistência interna, calculado através do coeficiente de correlação *alpha* de Cronbach. Este método fornece um índice que varia de 0 a 1, onde o valor mais próximo de 1 representa a maior confiabilidade do questionário. Nessa perspectiva, um coeficiente com valores entre 0,6 e 0,7 é considerado como limite inferior de aceitabilidade do instrumento (VIEIRA, 2009). Nesse contexto, realizamos o teste de *alpha* de Cronbach, obtendo, para os itens referentes à experiência extensionista, o valor de *alpha* 0,845. Para os itens referentes ao trabalho em saúde junto ao SUS, o valor de *alpha* foi 0,883 e, para todos os itens do questionário, o valor de *alpha* foi 0,877.

Esse resultado revela que, apesar do número amostral pequeno (78 sujeitos), o questionário (APÊNDICE A), elaborado para fins desse estudo, apresenta excelente fidedignidade (consistência interna), ou seja, ele reflete, razoavelmente, a realidade investigada e é uma ferramenta útil para se coletar dados.

4.3 Abordagem Qualitativa

O método de investigação qualitativo não se preocupa em estabelecer generalizações, mas em enfatizar particularidades, significados, valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. A pesquisa qualitativa não parte de uma teoria sobre a qual se levantam hipóteses, mas a partir da investigação da prática, ocorre um processo de confirmação ou reformulação da teoria existente. Nesse sentido, nesta abordagem não há uma hipótese a ser negada ou confirmada (BAPTISTA; CAMPOS, 2010).

Considerando a abordagem qualitativa, a coleta de dados foi realizada, presencialmente, por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice B), gravada com auxílio de um aparelho de MP3 e transcrita na íntegra para análise. O processo de amostragem se deu por intencionalidade, porém considerando os resultados da pesquisa quantitativa, uma vez que os sujeitos foram entrevistados de acordo com o seu posicionamento nos grupos formados pela análise de agrupamento.

Para Minayo (2007), uma amostra qualitativa ideal é aquela que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto do estudo e o dimensionamento da quantidade de

entrevistas segue o critério de saturação, ou seja, o pesquisador decide o número de entrevistas ao perceber que a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo foi compreendida. Assim, enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista é mais importante do que o número de pessoas. Com base nisso, 8 sujeitos foram entrevistados.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise temática que, segundo Minayo (2007), consiste em descobrir os núcleos de sentido por meio da leitura transversal, identificando as estruturas emergentes, cuja presença ou frequência apresentem significância para o objeto analítico visado. A análise temática acontece em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação.

A etapa de pré-análise consiste na leitura flutuante do material coletado, deixando-se impregnar pelo conteúdo; na constituição do corpus da pesquisa ou universo estudado, respondendo algumas normas de validade qualitativa (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência), visando o seguimento da técnica metodológica e o alcance dos objetivos do estudo e; na leitura exaustiva e repetida dos textos, fazendo uma relação interrogativa com eles para a apreensão das estruturas de relevância (MINAYO, 2007).

A exploração do material é uma etapa de classificação que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto ou categorias de análises – expressões ou palavras significativas que permitem a organização das falas (MINAYO, 2007).

A última etapa da análise temática é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Esta etapa permite a utilização de técnicas estatísticas simples e também a valorização dos significados por meio de técnicas como a análise de enunciação – concepção da comunicação como um processo, trabalhando com as condições de produção da palavra e com as modalidades do discurso (silêncios, omissões, realce de figuras retóricas, etc.) (MINAYO, 2007).

4.4 Considerações Éticas

Atendendo à Resolução Nº 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (CONEP, 1998), este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, obtendo parecer favorável sob o número de protocolo 341.267. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado pelos sujeitos participantes da pesquisa e lhes foram garantidos a autonomia e o anonimato. Para tanto, os sujeitos do estudo foram identificados, no texto, com a letra “E” seguida de um número de acordo com a ordem das entrevistas (E1, E2...E7, por exemplo).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, como já mencionado anteriormente, os resultados obtidos a partir das análises quantitativa e qualitativa foram integrados rumo à melhor compreensão do objeto aqui estudado. A experiência na Extensão Popular, apesar de apresentar possibilidades de atuação semelhantes ao trabalho em saúde junto ao SUS, está inserida em um contexto acadêmico, protegido de algumas interferências que são comuns no ‘SUS real’, como é o caso do clientelismo político. No entanto, acreditamos que as dimensões analisadas nesse estudo (autonomia e protagonismo, trabalho em equipe, aproximação comunitária, participação popular e humanização) também são possíveis de serem efetivadas no cotidiano dos serviços de saúde do SUS. Nesse sentido, testamos a hipótese inicial (H0) de que *os aprendizados proporcionados pela experiência na Extensão popular conseguem ser implementados no mundo do trabalho junto ao SUS*. Para tanto, realizamos o teste de Wilcoxon, considerando o nível de significância de 5% (Tabela 1).

Tabela 1: Comparação das médias da experiência na Extensão Popular e do trabalho em saúde no SUS.

Dimensões	Extensão (média ± DP)	Trabalho (média ± DP)	p-valor*
Autonomia e protagonismo	7,70 ± 1,73	6,20 ± 1,95	<0,0001
Trabalho em equipe	8,72 ± 1,26	7,49 ± 1,86	<0,0001
Aproximação comunitária	7,99 ± 1,56	5,51 ± 3,01	<0,0001
Participação popular	7,96 ± 1,25	6,21 ± 2,35	<0,0001
Humanização	8,56 ± 1,28	8,05 ± 1,38	,011

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa –PB, 2013. *Teste Wilcoxon para amostras pareadas.

Ao analisarmos a Tabela 1, podemos perceber que a hipótese inicial (H0) foi rejeitada (p-valor<0,05), ou seja, não há evidências estatísticas para afirmar que os aprendizados proporcionados pela experiência na Extensão popular conseguem ser implementados no mundo do trabalho junto ao SUS. Partindo desse pressuposto, realizamos a Análise de Agrupamento (AA) a fim de identificarmos se todos os sujeitos da pesquisa apresentam o mesmo tipo de comportamento, ou seja, de não conseguirem implementar os aprendizados

proporcionados pela Extensão Popular no trabalho em saúde do SUS. Nessa perspectiva, a análise de agrupamento, seguindo o princípio de maior homogeneidade interna (dentro do grupo) e maior heterogeneidade externa (entre os grupos), agrupou os sujeitos do estudo em dois grupos (Tabela 2).

Tabela 2: Valor médio por dimensões nos grupos 1 e 2 obtidos no agrupamento.

Dimensão	Grupo 1		Grupo 2	
	Extensão	Trabalho	Extensão	Trabalho
Autonomia e Protagonismo	8,19	5,61	7,87	6,61
Trabalho em Equipe	8,87	6,54	8,62	8,50
Aproximação Comunitária	8,27	2,75	7,80	7,44
Participação Popular	7,93	4,01	7,99	7,75
Humanização	8,57	7,00	8,56	8,78

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa –PB, 2013

Os grupos gerados pela análise de agrupamento, para serem considerados válidos, precisam apresentar boa conectividade, boa separação entre si e boa homogeneidade interna. Para tanto, realizamos o processo de validação interna dos grupos por meio das medidas de *conectividade* (mede a distância dos sujeitos no grupo com valor variando entre 0 e infinito); de *compacidade* (mede a homogeneidade do agrupamento); e da *separação das partições do agrupamento* (quantifica os graus de separação entre os grupos) (DUNN,1974; HANDL; KNOWLES; KEL et al., 2005). Estas duas últimas medidas podem ser mensuradas conjuntamente pelos índices de *Dunn* e de *Silhouette Width*, que assumem os valores entre 0 e infinito e entre -1 e 1, respectivamente (DUNN, 1974). Para fins desse estudo e considerando a análise conjunta dos dados referentes à Extensão Popular e à atuação profissional junto ao SUS, o *software R 3.0.2*, por meio do pacote *clValid*, forneceu os seguintes resultados para a conectividade e para os índices de *Dunn* e de *Silhouette Width* (Tabela 3):

Tabela 3: Validação interna dos agrupamentos considerando a análise conjunta dos dados referentes à Extensão Popular e à atuação profissional junto ao SUS.

Avaliação Interna	Score	Método	Agrupamento
Conectividade	2.9290	Hierárquico	2
Dunn	0.4246	Hierárquico	2
Silhouette	0.3933	Hierárquico	2

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa –PB, 2013

Analizando a Tabela 3, todas as medidas apontam para 2 agrupamentos na solução final, ou seja, para essa quantidade de agrupamentos, a homogeneidade dentro dos grupos está preservada, assim como a heterogeneidade entre os grupos. Logo, podemos considerar que os grupos gerados pela AA possuem validação interna. Porém, essa validação interna não é suficiente para garantir que os grupos formados sejam estatisticamente diferentes. Nesse contexto, comparamos a média geral da Extensão Popular no grupo 1 com a média geral da Extensão Popular no Grupo 2 e, da mesma forma, comparamos a média geral do trabalho no grupo 1 com a média geral do trabalho no Grupo 2. Assim, duas hipóteses foram testadas: a primeira é que *não há diferença entre a prática extensionista do Grupo 1 e a prática extensionista do Grupo 2*; a segunda é que *não há diferença entre o trabalho em saúde no Grupo 1 e o trabalho em saúde no Grupo 2*. Para essas comparações de médias, utilizamos o teste de Mann-Whitney e o nível de significância adotado foi de 5% (Tabela 4).

Tabela 4: Comparação de médias entre o Grupo 1 e o Grupo 2, considerando a experiência na Extensão Popular e no trabalho em saúde no SUS.

Extensão (média ± DP)		p-valor*	Trabalho (média ± DP)		p-valor*
Grupo 1	Grupo 2		Grupo 1	Grupo 2	
8,29± 1,05	8,01± 1,17	0,440	5,25± 1,08	7,90 ± 0,85	<0,0001

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa –PB, 2013. *Teste Mann Whitney.

Diante desse resultado, podemos concluir que os grupos 1 e 2 são estatisticamente diferentes, pois, apesar do aprendizado proporcionado pela Extensão Popular ser estatisticamente igual para os sujeitos nos Grupos 1 e 2 (p-valor>0,05), a prática no trabalho em saúde junto ao SUS é diferente para os sujeitos dos Grupos 1 e 2 (p-valor<0,05). Portanto, o que vai diferenciar os grupos é a prática profissional junto ao SUS, já que todos os sujeitos da pesquisa conseguiram ter um bom aprendizado na Extensão Popular, porém apenas os

sujeitos do Grupo 2 conseguem implementar tais aprendizados no cotidiano do trabalho junto ao SUS (Tabela 5).

Tabela 5: Comparação de médias dentro dos Grupos, considerando a experiência na Extensão Popular e no trabalho em saúde no SUS.

Grupo 1 (média ± DP)		p-valor*	Grupo 2 (média ± DP)		p-valor*
Extensão	Trabalho		Extensão	Trabalho	
8,29± 1,05	5,25± 1,09	<0,0001	8,01± 1,17	7,90 ± 0,85	0,379

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa –PB, 2013. *Teste Wilcoxon para amostras pareadas.

Analisando os Grupos (Tabela 2) e a Tabela 5, podemos perceber que, no Grupo 1, as médias da extensão e do trabalho em saúde são estatisticamente diferentes ($p\text{-valor}<0,05$). Logo, podemos concluir que, no Grupo 1, os sujeitos conseguiram implementar elementos importantes para o trabalho em saúde junto ao SUS, ainda na formação, por meio da Extensão Popular. No entanto, como profissional egresso dessa extensão, esses elementos não são possíveis ou apresentam grande dificuldade de serem implementados no cotidiano do SUS. No Grupo 2, as médias da extensão e do trabalho são estatisticamente iguais ($p\text{-valor}>0,05$), não havendo, nesse grupo, grande variação entre a prática dos sujeitos na Extensão Popular e na vida profissional junto ao SUS.

Uma maneira de identificar o porquê de alguns sujeitos conseguirem ter autonomia, trabalharem em equipe, favorecerem a participação popular na saúde, etc. e outros não conseguirem implementar tais elementos no trabalho em saúde junto ao SUS, foi a análise de algumas variáveis categóricas, tais como sexo, formação profissional, tempo de Extensão Popular, tempo de atuação profissional, nível de atenção do SUS, vínculo empregatício e esfera de governo na qual o egresso trabalha. Essa análise também possibilitou a identificação do perfil do profissional egresso da Extensão Popular.

Tabela 6: Composição percentual por categoria e grupo.

Categoria		Grupo 1 (n=32)	Grupo 2 (n=46)
Sexo		Masculino = 34% Feminino = 66%	Masculino = 26% Feminino = 73%
Formação Profissional em Saúde		Medicina = 13% Enfermagem = 19% Odontologia = 19% Fisioterapia = 34% Nutrição = 3% Farmácia = 0 Psicologia = 9% Serviço Social = 3%	Medicina = 13% Enfermagem = 20% Odontologia = 26% Fisioterapia = 33% Nutrição = 2% Farmácia = 2 Psicologia = 2% Serviço Social = 2%
Tempo de Extensão Popular		1ano = 21% 2anos = 38% 3anos = 16% 4anos = 19% 5anos = 3% ≥ 6anos = 3%	1ano = 25% 2anos = 33% 3anos = 24% 4anos = 11% 5anos = 7% ≥ 6anos = 0
Tempo de atuação profissional junto ao SUS		≤6 meses = 6% 1ano = 29% 2anos = 22% 3anos = 19% ≥4anos = 24%	≤6 meses = 9% 1ano = 20% 2anos = 24% 3anos = 13% ≥4anos = 34%
Nível de atenção do SUS		Primária = 59% Secundária = 13% Terciária = 28%	Primária = 80% Secundária = 15% Terciária = 4%
Vínculo empregatício		Concurso público = 16% Cargo de confiança = 6% Prestador de serviço = 50% Serviço conveniado = 9% Outro = 19%	Concurso público = 33% Cargo de confiança = 6% Prestador de serviço = 52% Serviço conveniado = 0 Outro = 9%
Esfera de governo		Federal = 19% Estadual = 19% Municipal = 53% Nenhum = 9%	Federal = 15% Estadual = 13% Municipal = 71% Nenhum = 0

A análise da Tabela 6 aponta para duas variáveis categóricas que ajudam a pensar o porquê da diferença entre os sujeitos nos Grupos 1 e 2. A primeira corresponde ao nível de atenção do SUS no qual os sujeitos trabalham – atenção primária, secundária ou terciária. No Grupo 1, ou seja, o grupo no qual seus integrantes não conseguem implementar, no âmbito no SUS, as dimensões aqui estudadas, 59% dos sujeitos trabalham na atenção primária e 28% trabalham na atenção terciária. Já os sujeitos do Grupo 2, que conseguem implementar, no seu trabalho junto ao SUS, tais dimensões, atuam, em sua maioria (80%), na atenção básica e apenas 4% atuam na atenção terciária.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma rede integrada de serviços de saúde que se estrutura em níveis hierárquicos de atenção. A atenção primária ou de menor densidade tecnológica leva os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, sendo considerado o primeiro nível de contato com o sistema de saúde e o primeiro elemento do processo contínuo de atenção (GOMES; COTTA; ARAÚJO et al., 2011). A atenção secundária ou de médio aparato tecnológico fornece ações ambulatoriais e hospitalares caracterizadas pela especialização médica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Já a atenção terciária pode ser entendida como um conjunto de ações que ocorrem em situações que envolvam risco iminente de morte ou cuidados intensivos e emergenciais. Para tanto apresenta alto custo financeiro e necessita de altas tecnologias de cuidado em saúde (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

Nesse sentido, o fato de trabalhar na atenção primária, que tem na Estratégia Saúde da Família a base para sua sustentação, favorece aos profissionais da saúde uma maior aproximação com o ambiente comunitário numa perspectiva longitudinal, ou seja, um cuidado em saúde que se dá de maneira regular e contínua. Para tanto, exige que se estabeleçam relações mútuas de confiança e de humanização entre a equipe de saúde, os indivíduos e as famílias (GOMES; COTTA; ARAÚJO et al., 2011). Essa maior aproximação com a comunidade e a formação de vínculos advindos do cuidado longitudinal geram um grande potencial para que a população participe ativamente da sua saúde e, consequentemente, para que a participação popular se efetive no cotidiano dos serviços de saúde. Contrariamente, o serviço terciário de atenção à saúde, por se dar em caráter pontual, curativo e distante do ambiente comunitário, dificulta a atuação dos profissionais de saúde numa perspectiva mais inclusiva, política, crítica e participativa.

A segunda variável categórica que também ajuda a pensar a diferença entre os grupos é o vínculo empregatício. No Grupo 1, há menos sujeitos que estão vinculados ao serviço de saúde por meio de concurso público (16%) quando comparado ao Grupo 2 (33%). Tal fato

associa-se diretamente à estabilidade no trabalho e, conseqüentemente, na privação da autonomia e do protagonismo dos profissionais da saúde. A prestação de serviço continua sendo a principal forma de ingresso no serviço público da saúde (Tabela 6), colaborando para a manutenção do clientelismo político na gestão pública. Ainda sobre os tipos de vínculo empregatício, na opção “outros”, estão incluídas formas de trabalho desumanizantes como os chamados “codificados”. Estes não possuem vínculo empregatício, todavia prestam o serviço e recebem seus salários mediante apresentação do número do CPF, sendo o dinheiro repassado pelo Ministério da Saúde ao contratante como produtividade. Nesse sentido, a presença de mais trabalhadores no Grupo 1 (19%) submetidos a esse tipo de vinculação – inseguro e precário - pode ajudar a explicar a dificuldade desse grupo em implementar as dimensões abordadas na Extensão Popular e que são úteis para o trabalho em saúde junto ao SUS, como o exercício da sua autonomia.

Em um Estado capitalista como o Brasil, onde existe um grande número de profissionais fora do mercado de trabalho, constituindo “um exército de reserva” e revelando uma grande demanda e disputa por emprego e renda, muitos profissionais da saúde se veem forçados a se submeterem a situações e processos de trabalho precários, pautadas “na gestão pelo medo, nas práticas participativas forçadas, na imposição sutil de autoaceleração e na multifuncionalidade” (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, pag. 231), gerando, no trabalhador brasileiro, insegurança, incerteza, sujeição e o sequestro da sua própria subjetividade (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010). Refletindo sobre essa situação em que se encontram muitos trabalhadores da saúde, Martins e Molinaro (2013) apontam a privatização e a terceirização dos serviços, o limite com gastos de pessoal e a não realização de concurso público como fatores preponderantes para o crescimento do mercado informal na saúde. Além disso, a introdução de modelos de contratação precários compromete direitos sociais historicamente conquistados pelos trabalhadores brasileiros (MARTINS; MOLINARO, 2013). Considerando esse contexto no qual se encontram também diversos profissionais de saúde, entre eles os egressos da Extensão Popular, buscamos, nesse estudo, identificar, além das potencialidades, os desafios enfrentados por tais profissionais para o exercício do trabalho em saúde na perspectiva da Educação Popular. Para tanto, 8 (oito) sujeitos foram entrevistados: 2 enfermeiras (G1 e G2); 1 médico (G1); 2 psicólogos (G1 e G2); 2 fisioterapeutas (G1 e G2); 1 odontóloga (G1). Do processo de análise temática, pudemos identificar as seguintes unidades de análise: A Extensão Popular como marco significativo na formação em saúde e com grande potencial para o trabalho junto ao SUS e; Desafios vividos no trabalho em saúde junto ao SUS.

5.1 A Extensão Popular como marco significativo na formação do profissional em saúde e com grande potencial para o trabalho junto ao SUS

É certo que a Extensão Popular da UFPB, ao longo de 16 anos de existência, tem contribuído para a formação de diversos profissionais, especialmente os da área da saúde, por possibilitar a formação de sujeitos socialmente comprometidos, fomentando o diálogo entre a universidade e os setores mais desfavorecidos da população (CRUZ, 2011). Ao permitir o contato do estudante com os espaços comunitários marginalizados, antagônicos ao seu contexto de inserção social, a Extensão Popular possibilita a análise da realidade em suas contradições sociais e políticas. Nesse contexto, o extensionista também tem acesso a intimidades e particularidades do ambiente comunitário, reconhece suas limitações e potencialidades e percebe, na prática, como os fatores socioeconômicos podem determinar o processo de adoecimento e cura dos sujeitos. A saúde passa, portanto, a ter um demanda política, ultrapassando a abordagem puramente tecnicista e o estudante encontra, por meio de um processo de ação-reflexão-ação, possibilitado pela metodologia da Educação Popular, outras motivações para trabalhar na saúde. Nesse sentido, a experiência da Extensão Popular, apesar de ainda ser uma alternativa frente ao ensino universitário, tem reorientado modos de ser e de estar no mundo, conforme podemos verificar nas falas a seguir:

A Extensão Popular foi um divisor na minha formação, enquanto pessoa e enquanto profissional da saúde (...). Foi, a partir dela, que eu tracei todo um objetivo no que eu queria trabalhar e no que eu acredito enquanto pessoa e enquanto profissional de saúde (E1).

O significado, para mim, é valioso. É muito importante e é marcante, pois a Extensão Popular guiou e direcionou o final da minha formação (E7).

Foi, por meio da Extensão Popular, que eu decidi o rumo profissional que eu iria seguir (E4).

Analisando as falas dos sujeitos, podemos perceber que a experiência com a Educação popular tem possibilitado ao extensionista o encontro com o seu caminho profissional, muitas vezes perdido durante a formação acadêmica centrada em procedimentos técnicos e distante do que é essencialmente humano. A Extensão Popular favorece o encontro com a intimidade familiar, o ambiente comunitário, a política local, as dificuldades estruturais, econômicas e sociais dos diversos sujeitos. Trata-se, portanto, de um encontro com elementos concretos do humano que se dá numa perspectiva amorosa, dialógica, afetiva e horizontal, contrariando as

formas autoritárias de ensino-aprendizagem predominantes na formação universitária. Nesse contexto, estudantes, comunidade e professores compartilham saberes e práticas, constroem novos conhecimentos e aprendizados, carregados de sentido e de significado para o profissional ainda em formação. Aprendizados esses capazes de transformar a maneira de enxergar a sociedade e de se posicionar diante do mundo. Nesse sentido, a experiência na Extensão Popular torna-se um marco na formação profissional em saúde por possibilitar, ao então estudante, o contato com a realidade social e a leitura do mundo de maneira mais crítica, tendo a oportunidade de converter-se na perspectiva do compromisso com as causas populares ou na busca do inédito viável (FREIRE, 2011a). Perspectiva política apontada pelos sujeitos nos depoimentos abaixo:

A extensão da Educação Popular não fez parte da minha formação, ela foi a minha formação (...). A extensão possibilitou ir além das demais disciplinas, possibilitou você ser tocado. As informações que foram ditas não foram para serem armazenadas na mente, mas elas foram armazenadas, inclusive, na sua forma de ver a sociedade, na sua forma de atuar nesta sociedade e isso implicou diretamente na prestação do meu cuidado em saúde (E5).

A extensão me ajudou a desvelar e entender a importância do trabalho comunitário, da responsabilidade social, da luta política, da mudança, da transformação do mundo, do meu papel como profissional de saúde (E7).

Na experiência do Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) - Extensão Popular que serviu de base para esta pesquisa – os estudantes passam por mudanças profundas vividas, sentidas e expressadas por eles em relação à busca de motivação e de sentidos para sua formação profissional e de outros âmbitos em suas vidas. Tais mudanças marcam, essencialmente, o processo de autoconhecimento e de conscientização dos extensionistas rumo a um movimento de transformação nas formas de enxergar e entender o mundo – um mundo possível para todos (BARRETO, 2013).

Esse processo pelo qual o estudante passa na Extensão Popular e que pode culminar no que Vasconcelos (2013) chama de “conversão aos pobres, oprimidos e marginalizados”, tem ajudado a entender o porquê de muitos profissionais da saúde optarem por trabalhar junto às classes populares, apesar da sedução por *status* e poder presentes nas outras formas de atuação em saúde, centradas no tecnicismo e na valorização das diversas especialidades. Para este autor, essa conversão acontece por um fascínio com o surpreendente dinamismo e vitalidade presentes nos espaços comunitários, pela descoberta da riqueza de sua cultura e de seus esforços para superação das dificuldades inerentes a um contexto marginalizado. Os extensionistas criam intensos vínculos afetivos, estabelecem relação de igualdade e de

respeito aos diversos saberes e valores, aprendem e motivam-se para produzir junto novos caminhos para a sociedade (VASCONCELOS, 2013).

É válido ressaltar que nem todos os estudantes que passaram pela Extensão Popular fazem essa ‘conversão aos pobres’ ou aderem a essa perspectiva de realmente se comprometerem com os menos favorecidos. Muitos desistem no meio desse caminho por não se identificarem com a perspectiva da Educação Popular, pela própria sensação de impotência diante da complexidade dos problemas encontrados na comunidade ou mesmo por não conseguirem conciliar as atividades da extensão com as demandas do ensino universitário. Aos que permanecem nessa experiência, o encontro com a motivação e sentido para a prática profissional em saúde repercute de maneira positiva no trabalho junto ao SUS, pois sem essa motivação profunda e sem a percepção do seu sentido mais amplo, a práxis educativa, o cuidado em saúde e a própria técnica aprendida na universidade ficam carregadas de formalidade, acontecendo numa perspectiva opressora, hierarquizada e burocrática (BARRETO, 2013). Dessa maneira o trabalho em saúde, que se dá numa relação entre humanos, esvazia-se de subjetividade.

A valorização, no mundo do trabalho, desse profissional carregado de motivação, passa pelo reconhecimento da dimensão subjetiva que envolve o cuidado em saúde e o processo de adoecimento e cura da população. Profissionais de saúde formados numa perspectiva mais humana e holística, que reconhecem as especificidades dos sujeitos, sua história de vida e sua espiritualidade, apresentam grande potencial para trabalho junto ao SUS e, portanto, precisam ser valorizados nos serviços públicos de saúde.

Com a instituição do SUS, um novo modelo de atenção à saúde foi proposto e, conseqüentemente, um novo perfil de profissional foi exigido, ou seja, para a maioria das profissões da saúde, além do componente técnico-científico, torna-se indispensável saber atuar numa perspectiva crítica, reflexiva, ética e de promoção da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2004). A Extensão Popular da UFPB, antes mesmo da elaboração das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, vinha proporcionando aos extensionistas a possibilidade de atuar na perspectiva da integralidade, da aproximação comunitária confiante e empática, do engajamento nas lutas da comunidade e do compromisso com as causas populares. Portanto, a Extensão Popular da UFPB ajudou a construir um novo perfil de profissional da saúde - com grande potencial para o trabalho junto ao SUS e bastante valorizado no mercado de trabalho local.

Apesar da dureza, das contradições e dos grandes desafios presentes no ‘SUS real’, os profissionais egressos da Extensão Popular têm buscado implementar os aprendizados

proporcionado por essa experiência no cotidiano do trabalho em saúde, muitas vezes em um movimento contra hegemônico, como observado nas falas abaixo:

Existe uma forma muito fácil de gerir um local que é por meio da ameaça e, infelizmente, é a mais utilizada (...). A partir do momento que você se dispõe a escutar o outro, a ver qual é o problema que está acontecendo, você, quer queira quer não, está dando a cara à tapa [encarando o conflito] (...). Na extensão a gente discutia de igual pra igual, era professor, aluno, usuário, todo mundo ali escutando. Então, isso deu força e base para que eu conseguisse fazer a mesma coisa, conseguisse facilitar uma roda de discussão (E4).

Essa referência do trabalho com a comunidade, do trabalho em grupo, do diálogo, das dinâmicas de descontração que, muitas vezes, eu usava no trabalho e dava muito certo, quem me deu foi a extensão. A iniciativa mais política e de valorizar o saber das plantas medicinais também foi a extensão quem me deu (E7).

Ao analisar as falas dos sujeitos, podemos perceber que a experiência extensionista, baseada nos pressupostos da Educação Popular, apresenta um grande potencial para o trabalho junto ao SUS por romper com o autoritarismo nas relações interpessoais e no próprio processo gerencial. Ter no serviço de saúde gestores sensíveis e dispostos a dialogarem com os trabalhadores e com a própria comunidade é ter também o potencial para instituir, concretamente, a gestão participativa no SUS. Na Extensão Popular o estudante aprende a dialogar e a não negar conflito, pois, por meio dele, busca-se construir novas formas de entender a situação-problema (BRASIL, 2013a). Outro potencial que o profissional egresso da Extensão Popular apresenta é para as atividades de promoção à saúde, pois compreende que a arte e a alegria são elementos inerentes ao trabalho educativo e que este tem uma intencionalidade política clara - de superação das injustiças sociais.

Na perspectiva da Educação Popular, as situações-problema são mediadas pelo diálogo. Este acontece de maneira aberta, horizontal e implica o respeito mútuo que o autoritarismo não permite que se constitua. O diálogo reconhece e valoriza os diversos saberes e experiências e a problematização assume o lugar da reprodução de conceitos e comportamentos considerados corretos. Nele os conflitos são explicitados e não silenciados (VASCONCELOS, 2004). Trata-se, portanto, de uma prática inovadora no trabalho em saúde, geralmente prescritivo e normalizador de condutas terapêuticas enraizadas. No âmbito da gestão do SUS, o diálogo torna-se uma ferramenta imprescindível quando se deseja favorecer a participação popular e a gestão compartilhada.

O profissional de saúde, que valoriza a arte no exercício do seu trabalho, tem o potencial de produzir e promover saúde numa perspectiva inclusiva e transformadora, pois as

expressões artísticas, além de serem um espaço de criação e problematização, traz à cena o cotidiano da comunidade de forma lúdica e permite que os conflitos, sentimentos e significados sejam expressados com a leveza e graça que, muitas vezes, a tradicionalidade das práticas de cuidado em saúde nega (BRASIL, 2013b).

Outro elemento indispensável a uma prática que se diga educativa popular e que se torna bastante aceita e valorizada no trabalho junto ao SUS é o reconhecimento dos diversos saberes. A Extensão Popular busca, por meio da aproximação comunitária, a superação da hierarquia de saberes que, historicamente, tem ajudado a construir um fosso entre o profissional de saúde e o sujeito no seu processo de adoecimento. Os profissionais egressos da Extensão Popular reconhecem a importância do saber e da experiência de vida do outro para a prática do cuidado em saúde, como podemos observar nas falas a seguir:

A Extensão Popular fez com que eu tivesse a certeza de que o conhecimento que eu tenho não está acima de tudo, mas que existem outros conhecimentos e que o conhecimento do outro também é importante para que eu possa, em muitos casos, poder transmitir uma determinada informação (E3).

A extensão contribuiu para que eu entendesse que saber ouvir cada usuário e valorizar cada saber também é importante para o cuidado em saúde (E8).

O profissional de saúde que sabe acolher o saber popular e dialogar com ele, tem o potencial para realizar o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, na medida em que as ações de saúde tornam-se mais coerentes aos desejos e anseios da população (TORRES; ESTRELA; RIBEIRO, 2009). Essa forma de trabalhar, além de aproximar os sujeitos envolvidos, também assume um caráter inovador na saúde, ao trazer, para o centro do debate, o entendimento do paciente sobre a sua saúde e sua doença. Dessa maneira, o paciente tem a sua autonomia valorizada e sente-se parte integrante do seu próprio processo de cuidado. Para Freire (2011b), uma práxis educativa deve, além de respeitar os saberes dos diversos sujeitos, discutir com os eles a razão de ser de alguns desses saberes, já que são socialmente construídos e podem ser analisados criticamente, buscando a conscientização e transformação da realidade. Nessa perspectiva, o trabalho em saúde assume o seu caráter político e de compromisso com a justiça social.

O profissional egresso da Extensão Popular, ao trazer para o trabalho em saúde os aprendizados proporcionados pela experiência extensionista, tem buscado atuar em conformidade com os princípios do SUS, inovando e ganhando respaldo dos próprios usuários do serviço, como observado no depoimento abaixo:

Eles [os pacientes] percebem que têm uma profissional com um olhar ampliado, voltado para eles (...). Percebem que tem uma profissional aberta ao diálogo, que os compreende e eles se sentem bastante satisfeitos. Porém, com relação às pessoas que dirigem o serviço, isso vai depender. Há gestores que têm esse olhar mais ampliado, mas há outros que não têm e, de certa forma, a pessoa não é tão bem vista (E5).

A Educação Popular em Saúde tem a amorosidade como elemento estruturante da busca pela saúde. É por meio da amorosidade que o diálogo torna-se permeado de afeto, emoções, intuições, ou seja, a amorosidade permite a expressão autêntica dos diversos sujeitos envolvidos no diálogo. Dessa maneira, são criados vínculos afetivos e de confiança que possibilitam a explicitação de dimensões ainda pouco elaboradas ou consideradas socialmente inadequadas, mas que são importantes para a estruturação do cuidado em saúde (BRASIL, 2013a). O profissional de saúde que atua na perspectiva da amorosidade passa a ter o seu trabalho reconhecido e valorizado pelos próprios pacientes/usuários. Estes percebem e sentem que são acolhidos na sua singularidade e passam a enxergar o profissional de saúde como um companheiro de luta diária para superação das diversas formas de sofrimento. Portanto, tais profissionais têm o potencial para romper com as tradicionais formas de cuidado, características do modelo biomédico, e caminhar rumo ao cuidado em saúde, humano e possível da integralidade. No entanto, esse tipo de atuação mais inovadora nem sempre é acolhida e valorizada pelos gestores do serviço e o profissional de saúde pode sofrer, no cotidiano do seu trabalho, as influências da gestão centralizada e das políticas de governo instituídas. Elementos esses que se concretizam como desafios para o trabalho em saúde coerentes com os princípios da Educação Popular e do próprio SUS.

5.2 Desafios vividos no trabalho em saúde junto ao SUS

Ao sair do espaço universitário, o então profissional de saúde, que estudou e se dedicou à sua formação, espera adentrar ao mundo do trabalho e colocar em prática tudo aquilo que aprendeu nos pilares da universidade – o ensino, a pesquisa e a extensão. Entretanto, o mundo do trabalho tem apresentado grandes transformações nos últimos anos. A reestruturação produtiva, a flexibilização das relações trabalhistas e a intensificação e precarização do trabalho criaram um contexto de mercado caracterizado pela alta demanda de atividades, pela competição, pelo autoritarismo e pela submissão do trabalhador (VERIGUINE; KRAWULSKI; D’AVILA et al., 2010). É nesse molde de mercado que o SUS tem sido pautado em muitos Estados e Municípios do Brasil. É nesse contexto que diversos

trabalhadores da saúde, entre eles os profissionais egressos da Extensão Popular, estão sendo inseridos, enfrentando cotidianamente inúmeros desafios, apresentados a seguir.

5.2.1 Conviver com o desencanto e a desmotivação oriunda da dureza do processo de trabalho em Saúde

Há muita expectativa no profissional egresso da Extensão Popular em torno do primeiro emprego e da possibilidade de implementar, no mundo do trabalho, os aprendizados proporcionados pela experiência com a Educação Popular. Tais profissionais saem da universidade carregados de criatividade, de vontade de trabalhar, de sonhos e de motivação. Apesar dos estudantes frequentarem o serviço de saúde, durante a graduação, o envolvimento com o SUS acontece numa perspectiva mais suave, pois estão protegidos pela universidade e pelo olhar atento dos professores. Nessa perspectiva, trabalhar na saúde, para o recém-formado, significa ser sujeito concreto do SUS que ele conheceu na universidade, ou seja, o ‘SUS formal’, contribuindo com ele e fomentando os seus princípios e suas diretrizes constitucionais. No entanto, entre o ‘SUS formal’ e o ‘SUS real’ existe uma grande distância, permeada de desafios e de armadilhas inesperadas. Nesse sentido, a motivação interna que os profissionais egressos da Extensão Popular vivenciaram na época da graduação, sofre as interferências do trabalho em saúde junto ao SUS, que é duro e cheio de contradições. O profissional depara-se com enfrentamentos diários que vão podando a sua liberdade, a sua ideologia, a sua utopia, sendo obrigados, muitas vezes, a desconsiderar ou deixar de lado os seus valores e a sua luta.

Eu saí de maneira muito encantada com o trabalho comunitário (...). O lugar acadêmico e a universidade é muito diferente da prática de trabalho real. A linguagem e a construção do SUS passam por uma dureza que na extensão a gente não entrava (E7).

Quando a gente entra no serviço, é que a gente percebe as dificuldades do dia a dia e é justamente esse o desafio: encontrar a motivação pra continuar lutando pelo SUS (E1).

A partir do momento que você não está livre para exercer toda a sua utopia, todos os seus ideais, todos os seus sonhos, você já não é mais a mesma. A luz permanece porque, uma vez que você é realmente tocado com a questão da Educação Popular, você não deixa isso morrer (E5).

Eu acho que foi muito importante porque quando você se aproxima do real, você começa a ver, realmente, como o SUS funciona e como você gostaria que ele funcionasse (E4).

A inserção do profissional egresso da Extensão Popular no SUS e o acesso a todas as contradições nele presentes pode representar, para esse profissional, um processo de desencantamento diante da desconstrução de um ideário criado ainda na formação universitária: um SUS que se dá de maneira universal, igualitária, democrática e equânime. Entretanto, a concretização desses princípios passa por muitos desencontros políticos e ideológicos que, muitas vezes, não estão claros nas disciplinas, estágios e na própria experiência da Extensão Popular.

Na experiência da Educação Popular, os estudantes aprendem a agir de modo a contribuir com a construção de uma sociedade baseada em relações igualitárias, solidárias, amorosas. Portanto, na sua prática profissional, procura vivenciar um diálogo participativo, acolhedor das diferenças, estimulador do protagonismo e da participação social (BATISTA, 2012). Porém, nem todo trabalho em saúde permite esse tipo de atuação profissional que se dá numa perspectiva mais inclusiva e participativa. Fato que pode gerar estranhamentos mútuos e relações de trabalho conflituosas.

Na Extensão Popular, em ocasiões nas quais os estudantes passavam por situações conflituosas com a família acompanhada, gerando desânimo e desmotivação no extensionista, tal situação era problematizada junto aos professores e ao próprio núcleo familiar, por meio do diálogo, e o conflito se resolvia. Há, na Educação Popular, essa atitude ética de acolhimento das diferenças de opiniões e quereres, de valorizar o saber popular, o saber científico e as distintas lógicas e vivências de pessoas envolvidas no debate. O acolhimento a essas diferenças se dá em um espaço de relações horizontais, onde o diálogo e a amorosidade mediam qualquer situação de conflito (BATISTA, 2012; FREIRE 2011a). Na maioria das vezes, não há, no trabalho em saúde, esses espaços de diálogo, de escuta atenciosa e de problematização das situações conflitantes. Muitas relações de trabalho são permeadas pelo autoritarismo, pela valorização do produtivismo e pela gestão do medo (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010). Dessa maneira, o trabalho em saúde torna-se frio e regido por uma dureza capaz de ocasionar situações de extremo sofrimento nos sujeitos que ansiavam trabalhar numa outra perspectiva, como observado nas falas abaixo:

Eu perdi muito o gosto, fiquei me achando a pior das criaturas: “não esse trabalho não dá pra mim! É muito difícil! Eu não tenho corô grosso pra isso tudo e não tenho competência pra isso!”. Foi muito ruim! A alto-estima da gente também fica afetada nessa conjuntura. Era um espaço de adoecimento coletivo. Acho que cada um aparecia com um sintoma, com suas mazelas, todo mundo! O corpo respondia, desanimava e deprimia também. Era horrível! (E7).

A autoestima do profissional seria, com certeza, mais elevada se ele fosse mais livre, se ele pudesse exercer todo aquele aprendizado na perspectiva da Educação Popular, se fosse posta em prática a sua liberdade (E4).

Muitos profissionais, não só pelo meu lado, mas de muitos relatos que ouvi de pessoas que se sentem, às vezes, desmotivadas, constrangidas, que vêm agora só para trabalhar mesmo, para cumprir carga horária (...). Isso causa estresse, desmotivação e até mesmo atrito entre os próprios profissionais (E6).

O trabalho em saúde junto ao SUS, apesar de acontecer na esfera pública de governo, muitas vezes, está pautado pela privação da liberdade e pela dureza características do serviço privado. Trata-se, portanto, de um serviço que é público, regido por políticas e preceitos de igualdade, influenciado por lógicas de mercado privado. Nesse tipo de mercado atual, é comum um discurso flexível, ou seja, de autonomia, de trabalho em equipe, de participação e humanização, porém inserido em um trabalho duro, centrado no autoritarismo, no produtivismo, na grande demanda de trabalho e de carga horária (BERNARDO, 2004).

Podemos observar, pelas falas dos sujeitos, que a dureza do trabalho em saúde pode repercutir de maneira negativa na vida dos trabalhadores, ocasionando baixa autoestima, processos de adoecimento físico, de sofrimento psíquico e espiritual, além da realização de um trabalho sem sentido, desnutrido de motivação. Para o profissional de saúde, é de grande importância a presença de sentido e de motivação em sua vida e seu trabalho, pois ajuda a manter um olhar mais humanizado e comprometido no campo da ação comunitária, dando base para o alicerce e o equilíbrio de potencialidades em suas relações interpessoais diárias, como sujeitos sociais e como trabalhadores da saúde (VASCONCELOS, 2006b; BARRETO, 2013).

Para Barreto (2013), o fato de estar inserido em um ambiente onde não se observa um diálogo mais igualitário ou uma compreensão maior em relação ao outro, pode gerar, nos sujeitos envolvidos, desmotivação associada a uma frustração ou a uma sensação de vazio, de baixa autoestima. Essa sensação de vazio está relacionada, para a autora, “à falta de algo que promova os sujeitos enquanto pessoas, que os faça sentir mais confiança e solidariedade nas dificuldades enfrentadas, que resgate a autonomia de serem plenos, mais humanos e verdadeiros uns com os outros” (BARRETO, 2013, pag. 25).

Nesse sentido, a presença de espaços de diálogo genuíno no trabalho em Saúde que favoreçam a fala livre dos sujeitos, sem margem a qualquer tipo de perseguição, pode ajudar na mediação de conflitos internos e externos dos trabalhadores, além de possibilitar a criação de laços de confiança e de solidariedade rumo à construção de um SUS que seja, verdadeiramente, democrático. Para tanto, precisamos de gestores públicos que se

comprometam com o SUS, que assegurem a autonomia do trabalhador, que reconheçam e valorizem a presença do diálogo no cotidiano dos serviços de saúde.

5.2.2 Lidar com a centralização na gestão dos serviços públicos de saúde

A gestão dos serviços de saúde pensada pelo projeto de Reforma Sanitária do Brasil implicava na gestão social democrática e no planejamento participativo (PAIM, 1997). Esse tipo de gestão contraria a gestão tradicional (centralizadora e autoritária) ao proporcionar maior responsabilização, participação e adesão dos trabalhadores com o serviço no qual trabalham. Para Santos (2008), esse tipo de gestão pode e deve ser adequada e formatada dentro do setor Saúde, bem como em nível dos demais setores envolvidos nos determinantes sociais da saúde como saneamento, meio ambiente, alimentação, habitação, trabalho, educação, segurança e outros.

Com a criação do SUS, muitos Estados e Municípios se veem obrigados a implementar a gestão democrática por meio dos instrumentos de controle social, já que é uma exigência para o repasse de recursos do Ministério da Saúde para as demais instâncias de governo (BRASIL, 1990). Em muitas secretarias de saúde, há, nas áreas técnicas (saúde da criança, da população negra, etc.), a participação dos trabalhadores e da gestão em espaços chamados de ‘Grupos de Trabalho’. Trata-se de espaços reservados para discussão teórica sobre determinado problema de saúde ligado a sua área temática, para planejamento de eventos e para tomada de decisões no coletivo. Há, ainda, as chamadas reuniões ‘matriciais’ e ‘técnicas’, que ocorrem no nível dos Distritos Sanitários de Saúde, com a participação dos profissionais que atuam na atenção básica. Essas reuniões também teriam um caráter descentralizador de gestão.

No entanto, o que se observa, nesses espaços de participação, é a presença de uma co-gestão mascarada, pois se dá por meio de um discurso flexível em cima de um trabalho duro, autoritário, centralizador do poder de decisão, vertical e que tem na perseguição aos trabalhadores a base para a sua manutenção.

A forma como os processos de trabalho são pautados no ambiente de gestão realmente não dá brecha para você discordar de alguma situação e vem mesmo como uma determinação: “vai ser desse jeito, vai ser assim porque alguém disse que tem que ser assim!” (E1).

A conjuntura da gestão era muito dura (...). As pessoas tinham um código e falavam em nome de um jeito do SUS que a gente da Educação Popular não falava (...). Eu não tinha segurança para ir de igual pra igual nessa relação de poder tão desigual. Eles [a gestão] usavam esse discurso na verdade pra

legitimar uma prática autoritária (...). Era um espaço muito tenso, a gente ia pra reunião sem saber o que podia falar e se realmente poderíamos falar (E8).

Eu acho que a gestão do nosso município é rígida demais. Ela é rígida no sentido de ainda cultuar muitas rotinas de trabalho de uma época que não avançou ainda. Eu acho que a gestão, não só a gestão de saúde, mas qualquer gestão pública, ela deve avançar nesse sentido do contexto social, político e econômico no qual ela está inserida (E3).

É como se fosse mascarado: tem os profissionais para darem uma ideia, para dizer que foi discutido, dizer que existe um trabalho em equipe, mas na verdade já veio a ideia pronta e tudo pronto! (E6).

É possível perceber, pelas falas dos sujeitos, que o convívio com a gestão no trabalho em saúde é muito diferente do que se vivencia na experiência da Extensão Popular. O espaço de decisão coletiva, dentro do PEPASF e demais projetos associados, é a reunião semanal que acontece, geralmente, nas segundas-feiras. Nela, dialogam professores, estudantes e profissionais voluntários sem a presença da hierarquia de saberes e de poder. As decisões são tomadas no coletivo e todos têm direito a fala autêntica, sendo respeitados nas suas diferenças. A gestão no PEPASF e demais projetos não fica centralizada na mão de um grupo ou de uma única pessoa. Todos participam do processo gerencial em maior ou menor grau, dependendo do nível de envolvimento que o estudante se encontra com a perspectiva pedagógica do Projeto. É válido lembrar que, apesar do espaço estar aberto para todos participarem e de ser incentivado o protagonismo dos estudantes, nem todos os estudantes estão disponíveis para esse tipo de engajamento mais profundo com a organização do Projeto. Há muita demanda de atividades no ensino universitário e na própria extensão. Ser protagonista na gestão do Projeto exige tempo e disponibilidade de entrega à experiência (LEITE, 2011).

As reuniões semanais do PEPASF são, quase sempre, coordenadas por estudantes, as ações são descentralizadas, suas pautas são elaboradas de acordo com as necessidades do grupo, as atas são redigidas por estudantes e as decisões são deliberadas coletivamente. Desse modo, há um clima democrático no Projeto que favorece o protagonismo discente, num processo constante de formação pedagógica dialogada entre seus estudantes e professores (BATISTA, 2012). Essa experiência com a gestão democrática do Projeto torna-se útil para o trabalho junto ao SUS, quando consideramos a proposta de gestão pensada pelo projeto da Reforma Sanitária. Nesse sentido, o convívio com tipos de gestão centralizadora e autoritária torna-se um desafio para o profissional egresso da Extensão Popular.

A metodologia da Extensão Popular, além de incentivar o trabalho numa perspectiva dialógica, também busca a autonomia e o protagonismo dos diversos sujeitos envolvidos na prática educativa, sejam eles estudantes ou moradores da comunidade. Baseado nas premissas Freireana, o trabalho social do PEPASF e demais projetos associados tem o educador como um animador e colaborador da aprendizagem do educando, mediando e incentivando-o a buscar o conhecimento a partir dos seus saberes prévios e das potencialidades que eles lhes apresentam, estimulando-os ao protagonismo estudantil e à autonomia como sujeitos sociais (BARRETO, 2013). No trabalho em saúde pautado por uma gestão centralizadora, regada pelo autoritarismo, fica difícil para o profissional egresso da Extensão Popular ter a sua autonomia respeitada e valorizada, como bem ilustram as falas abaixo:

A gente não tinha realmente autonomia. As reuniões eram marcadas para que o grupo dos apoiadores participasse, mas o diretor e a sub diretora já tinham fechado tudo e o menor sinal de resistência ou de diferença ao que estava já imposto, era proibido, era perseguido e de uma maneira muito cruel. Era feito por trás dos panos, não havia um debate franco (E8).

Eu tinha uma autonomia limitada. Algumas coisas a gente conseguia reorganizar como a questão de horários, mas, por exemplo, as oficinas [espaços de discussão e avaliação do trabalho], eu já não tinha essa liberdade porque eu iria mexer no horário, iria tirar o profissional do consultório e, tirando o profissional do consultório, já vinham atrás de mim: “olha a produção, vai cair!” (E4).

O principal desafio é tentar colocar, na prática, o que está na legislação do SUS (...). As políticas públicas de saúde estão aí para a gente colocar em prática, mas a gente sabe que, muitas vezes, é impossibilitado de colocar em prática porque a gente tem uma gestão que não colabora com isso (...). E, muitas vezes, a gente não tem toda liberdade para estar lutando em prol disso porque, como eu te falei, você pode sofrer retaliações (E5).

Quando eu saí, o que falou mais alto foi à questão mesmo do trabalho em equipe e da autonomia (...). Eu acho que o que mais desmotivou foi essa questão de já vir algo pronto. Você até tentava falar, até tentava colocar outras ideias, mas não, já estava pronto! Então é aquilo que tem que ser feito, tem que ser cumprido, independente da sua opinião (E6).

Para o desenvolvimento do protagonismo e da autonomia é preciso que se tenha liberdade (BATISTA, 20012). Observa-se, nas falas dos sujeitos, a privação dessa liberdade de maneira mascarada, ou seja, abre-se espaço para o diálogo e os sujeitos têm direito a fala, no entanto, essa fala não é acolhida e respeitada e, por vezes, é coibida pela figura autoritária da gestão. É fato, também, que a gestão de saúde atua, muitas vezes, na lógica do mercado, estabelecendo metas de produtividade. Nessa perspectiva, como bem colocado por um dos

sujeitos entrevistados, o grande desafio do trabalho em saúde junto ao SUS é colocar em prática seus princípios e diretrizes constitucionais.

Ao contrário do que muitas gestões fazem ao perseguir e privar a autonomia dos trabalhadores da saúde, a Extensão Popular atua com ênfase na liberdade dos diversos sujeitos. A opção do PEPASF e dos outros projetos parceiros não é de ampliar o controle dos estudantes, mas de valorizar a sua autonomia e o seu protagonismo (BATISTA, 2012). Trabalhar na perspectiva da Educação Popular significa romper com o autoritarismo do professor na relação com os estudantes e estabelecer uma relação dialogada, problematizadora, participativa, pautada na construção do conhecimento e do agir coletivo. Dessa maneira, o professor não perde a autoridade na condução do processo formativo, mas oferece aos estudantes a oportunidade de serem protagonistas do processo ensino-aprendizagem e de desenvolver a sua autonomia (BATISTA, 2012).

No entanto, é preciso estar atento ao caráter que a autonomia assume em um contexto de ideário neoliberal, ou seja, de estímulo ao individualismo e à competitividade. Contrariando essa ética de mercado, Freire (2011a) fala da solidariedade enquanto compromisso histórico de homens e mulheres, como uma das formas de luta capazes de promover e instaurar o que ele chama de "ética universal do ser humano". Nesse sentido, o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.

Favorecer a autonomia dos sujeitos no trabalho em saúde não significa perder a autoridade de governante, mas oferecer elementos para que práticas inovadoras sejam pensadas e implementadas no mundo do trabalho em saúde, pois, assim como na experiência da Extensão Popular, os profissionais podem sentir-se verdadeiramente responsáveis pela ação e parte concreta da gestão em saúde.

5.2.3 Conviver com o clientelismo e o comprometimento político partidário de alguns profissionais da saúde

Um dos grandes descaminhos do SUS e do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro permanece sendo o clientelismo político (PAIM, 2008). No 'SUS real', no qual muitos profissionais egressos da Extensão Popular se inserem, é possível observar a grande influência que as pessoas ligadas a partidos políticos exercem sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde. São essas pessoas que ditam qual profissional deve ocupar determinado cargo público, quem deve ser demitido e como deve funcionar a rotina do

serviço. Dessa maneira, deixam de ser considerados o perfil do trabalhador e a sua competência para atuar no SUS. Para Paim (2008), o SUS necessita alcançar uma nova institucionalidade que assegure a sua natureza pública, deixando de ser refém das ‘manobras da política’, do clientelismo e corporativismo. Para o profissional egresso da Extensão Popular, conviver com essas influências político-partidárias no trabalho em saúde apresenta-se como um grande desafio:

É cansativo você estar em um lugar que você fica muito preso à questão de politicagem: “Olha, você tem que fazer isso porque foi decidido assim! Agora a conjuntura é essa! Nossos parceiros agora são outros!”. É mais ligado a questões eleitorais mesmo e isso acaba desvirtuando um pouco (...). Então, a minha grande dificuldade foi lidar com os entraves políticos. Por exemplo: a maioria dos profissionais não é selecionada por concurso público, eles são selecionados por indicação política. Então o que acontece é que o profissional não tem o perfil para trabalhar no SUS (E4).

A gente vê claramente que existe muita disputa política. Os espaços que tem dentro da secretaria são espaços de muita agregação de pessoas envolvidas com planos partidários. São pessoas que, muitas vezes, não tem um compromisso de trazer o avanço para a saúde de fato, um progresso. Elas querem se manter em um determinado espaço para permanecerem no poder e defender os seus interesses individuais (E3).

A fala dos sujeitos deixa clara a dificuldade de lidar com essas particularidades no serviço público, já que, muitas vezes, prevalece o interesse individual ao interesse coletivo, há a imposição de novas rotinas no serviço de saúde devido à mudança na conjuntura política, além da impossibilidade de trabalhar numa perspectiva ética – elemento indispensável na prática em saúde orientada pela Educação Popular.

Em estudo realizado com servidores públicos de um hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul, percebeu-se que, além do peso de lidar com o adoecimento mental dos pacientes, os atravessamentos políticos eram uma das principais fontes de sofrimento dos profissionais de saúde. Tal fato pode estar associado à interferência de fatores políticos na concretização de projetos legítimos, planejados e desenvolvidos pelos próprios profissionais; pela ausência de autonomia; pela presença do autoritarismo e pela própria incoerência das exigências de trabalho com a postura ética do trabalhador. Ainda na perspectiva desse atravessamento, constatou-se que há gestores que assumem cargos estratégicos sem conhecimento e/ou capacidade técnica para tal e, ainda, desconhecem ou não concordam com as diretrizes fundamentais estabelecidas pela Constituição (MAGNOS, C. N.; MERLO, 2012). Um estudo realizado com secretários municipais de saúde de Minas Gerais mostrou que as características desses gestores ainda não atendem as diretrizes, orientações e expectativas do

SUS, destacando-se o baixo índice de escolaridade, a precária formação para o cargo, a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde, além da baixa autonomia política administrativa (JUNQUEIRA; COTTA; GOMES et al., 2010).

Outro aspecto importante relacionado à presença do clientelismo e da partidização na saúde é que, a cada momento, os avanços, as conquistas e os saldos positivos do SUS obtidos em uma gestão estadual ou municipal são neutralizados por uma nova direção político-institucional, resultando em retrocessos a serem eventualmente contornados por uma gestão seguinte (PAIM, 2008). Nas falas a seguir, os sujeitos reconhecem essas mudanças que ocorrem de acordo com cada gestão instituída:

O apoio de gestão vai depender de qual gestão está no momento. Já teve gestões que determinadas ações eram possíveis e em outras não. Então, não é algo que é obrigatório da gestão apoiar. Vai depender, muitas vezes, da pessoa que está gerindo a unidade ou o serviço de saúde (E5).

Dependendo do gestor a política é pautada de uma forma ou de outra. Depende muito de quem está à frente da gestão, de quem pauta as políticas e de que forma elas são entendidas. Isso acaba interferindo para o bem ou para o mal do desenvolvimento das ações no SUS (...). Não há uma continuidade da discussão que vinha sendo feita e acaba que um processo é interrompido, começando um novo processo e novas discussões (...). Assim, quando tiver amadurecendo o processo, vai mudar de novo e de novo. Então é sempre assim, é um processo de rompimento (E1).

Analisando as falas dos sujeitos, podemos perceber que a gestão do SUS apresenta especificidades próprias de acordo com a política de governo instituída. Portanto, não há exigências quanto ao horizonte ético e político do SUS, ou seja, cada gestor tem autonomia para traçar planos e metas na saúde, desconsiderando, muitas vezes, os aspectos constitucionais. Nesse sentido, o princípio da descentralização do SUS que dá autonomia aos estados e municípios, ao tempo que gerou avanços na cobertura populacional, também denuncia a vulnerabilidade do sistema às mudanças de governos, gestores e partidos (PAIM, 2008).

Para Magno e Merlos (2012) há muitos gestores que não têm preocupação em dar sequência aos projetos de outros governos e, dessa forma, muitas mudanças ocorrem de acordo com a motivação política do gestor, ainda que fiquem inacabados projetos peculiares e interessantes à própria instituição, aos usuários e, muitas vezes, aos próprios trabalhadores. Acumulam-se sofrimentos, desassistência, maus-tratos e epidemias, desqualificando os esforços empreendidos e deslegitimando o SUS perante a população. Os mesmos autores acrescentam que, devido ao clientelismo político, há a necessidade de criar diversos cargos de

confiança, ou seja, há um excesso de chefias, coordenações e direções nos serviços públicos de saúde. Fato que pode dificultar o diálogo, dada a necessidade de se impor enquanto chefe, diretor, etc.. Nesse contexto, devido à ausência do diálogo genuíno, muitas vezes, o conflito impera em uma luta de poder em que todos perdem, inclusive a população e os próprios trabalhadores.

Em uma gestão marcada pelo clientelismo e pela partidarização somada à política de redução do Estado, através da privatização e terceirização dos serviços, do limite com gastos de pessoal e da não realização de concurso público, muitos profissionais estão sendo submetidos a vínculos empregatícios precários (MARTINS; MOLINARO, 2013). Nesse tipo de conjuntura, os profissionais lidam com a insegurança e temem a perda do emprego.

A gente tinha medo de dizer alguma coisa e o chefe discordar, de dizer alguma coisa e ser demitido. Havia um grande medo de ser demitido, pois muita gente precisava desse trabalho (...). Havia o medo de perder o emprego, como algumas pessoas foram perdendo no processo, foram sendo demitidas. Sabíamos que a gente estava sendo perseguido, que usavam o poder de maneira desigual e nós éramos os mais fracos. Então, isso tirava um pouco o tempo para planejar, para discutir o trabalho de maneira mais clara, para pensar coisas que a gente sabia que podia e gostaria de construir. A gente não construía porque não tinha mais energia, porque tinha perdido o gosto pelo trabalho (E7).

A gente não tem vínculo e, quer queira ou quer não, é um risco que a gente corre e, obviamente, que todo mundo precisa porque não está fácil para ninguém. Então, é um pouco disso: a gente se proteger mesmo pra depois não colher os frutos [do desemprego] (E1).

É altamente frustrante porque você sabe que, muitas vezes, a sua prestação de cuidado pode ser banida, ela pode ser barrada e quiçá, você pode sofrer ao ponto de perder seu emprego. Tudo porque, muitas vezes, a gente tem que proteger uma cúpula, um grupo de pessoas. Já teve momentos que eu tive que me calar, que eu tive que fingir que não escutei. Como a gente depende do emprego para ganhar o pão de cada dia, então, muitas vezes, a gente tem que preservar esse emprego, quer lutar, mas ao mesmo tempo a gente tem que saber em qual chão a gente está pisando (...). Há o conflito de valores: você sabe o que é certo, você sabe qual linha você deve defender, mas tem momento que não é possível (E5).

Ao analisar as falas dos sujeitos, podemos perceber que há a presença de sofrimento no exercício do trabalho em saúde. Nesse sentido, poderíamos nos questionar o porquê da permanência dos profissionais egressos da Extensão Popular nesse tipo de trabalho em saúde, que é duro e marcado pelo autoritarismo. A explicação para essa permanência submissa pode se encontrar na necessidade de manter-se no emprego por questões financeiras e de concretização de sonhos no campo pessoal. Com efeito, para ter o seu salário garantido no fim

do mês, muitos profissionais têm silenciado e se adaptado às situações de opressão, mesmo que alguns valores éticos sejam feridos. Sair do emprego significa, para tais profissionais, enfrentar uma lógica de mercado que se apresenta, atualmente, com desequilíbrio entre a oferta e a demanda, ou seja, há pouca oferta de serviços e muita demanda de profissionais e por saúde no SUS (MARTINS; MOLINARO, 2013). Nesse âmbito, a precariedade do trabalho tem fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho, fazendo com que diversos profissionais "aceitem" a relação contratual precária, pois a outra opção seria o desemprego, socialmente mais excludente (JUNQUEIRA; COTTA; GOMES et al., 2010)

Para Paim (2008), urge a necessidade de garantir o caráter público do SUS, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas derivadas das ‘manobras da política’. Para o autor, é preciso assegurar a autonomia do SUS perante o Estado, governos e políticos, porém submetendo-o ao controle público. Nessa perspectiva e considerando os diversos atrativos do envolvimento em jogos políticos, a Educação Popular surge como uma possibilidade de trabalho comunitário que, ao favorecer a participação da comunidade, trabalha pedagogicamente o homem, sua realidade e maneiras éticas de superar a opressão rumo à justiça social.

5.2.4 Responder a grande demanda por assistência de saúde e cumprir a carga horária de trabalho

A precariedade das condições de trabalho junto ao SUS, como discutido anteriormente, tem se manifestado por meio da violação dos direitos trabalhistas, pela insegurança e pelo o aumento do ritmo da produção e das cobranças por parte da gestão e dos próprios usuários. Os profissionais egressos da Extensão Popular referem a grande demanda e a sobrecarga de trabalho como uma dificuldade na atuação junto SUS, interferindo na realização de atividades consideradas imprescindíveis ao sucesso da integralidade na saúde, como é o caso do trabalho em equipe.

Outra dificuldade, no meu processo de trabalho, é a questão da própria carga de demandas que acabam recaindo sobre o papel do apoio e da cobrança que vem sempre muito forte (E1).

As exigências do nosso trabalho são complexas. A gente tem que ser gerente de serviço, administrador e ainda psicólogo, no meu caso. Então a pressão era grande e a tarefa e sobrecarga também (E7).

Às vezes é tanta produção a ser dada, que é mais fácil você se prender aquilo ali que você pode fazer naquele momento e não procurar saber o que o outro está fazendo (E4).

Nem todas as pessoas têm o conhecimento do trabalho em equipe e da sua importância para o SUS. Então, isso também dificulta, assim como a sobrecarga de trabalho. Por exemplo, o fato de eu estar atuando em dois setores ao mesmo tempo e a demanda ser muito grande, muitas vezes, não há momentos de estar sozinha com a minha equipe, de observar o caso no coletivo para poder atuar de forma mais integral. Então isso dificulta! É possível trabalhar em equipe, é investido nessa proposta, mas, muitas vezes, a demanda do serviço não colabora com isso e nem todos os profissionais estão disponíveis para isso (E5).

A carga horária de trabalho junto ao SUS é, em média, 40 horas semanais reservadas para o atendimento à população, reuniões com a gestão e outras demandas emergentes no serviço. Essa carga horária, além de apresentar-se alta, está associada a uma grande demanda da população por assistência à sua saúde, seja no nível primário, na média complexidade ou nos serviços de maior aporte tecnológico do SUS. Nesse contexto, como transparecem nas falas dos sujeitos, o trabalho em saúde está carregado de cobranças, pressões por parte dos gestores e pelo acúmulo de funções, ou seja, muitas vezes, o profissional de saúde precisa assumir vários papéis no cotidiano do seu trabalho, distanciando-se, cada vez mais, das atribuições específicas da sua profissão. Fato que pode contribuir para tornar o trabalho em saúde um peso, principalmente quando o profissional não se sente valorizado e é pressionado a atingir metas e melhorar a produtividade. Como consequência da grande demanda e sobrecarga de trabalho, podemos observar que os profissionais de saúde se veem, muitas vezes, impossibilitados de desenvolverem suas ações numa perspectiva integral, na qual o trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar, torna-se fundamental.

O princípio da integralidade, como eixo norteador da atenção à saúde no SUS, pressupõe a superação do modelo biomédico e abre horizontes para o reconhecimento dos diversos fatores envolvidos no processo de adoecimento e cura dos sujeitos. Para tanto, reconhece e valoriza a articulação dos diversos saberes, presentes nas disciplinas específicas de cada núcleo profissional, em um diálogo no qual se busca a construção de projetos terapêuticos mais coerentes com as necessidades dos sujeitos no seu processo saúde-doença (MACHADO; MONTEIRO; QUEIROZ et al, 2007). A construção do cuidado integral passa, portanto, pela capacidade de trabalhar em equipe, pelo respeito aos diversos saberes e formas de entender o problema. Exige humildade, escuta atenciosa e o manter-se centrado no que realmente é importante. Esses elementos são trabalhados pedagogicamente na experiência da Extensão Popular.

No entanto, o trabalho junto ao SUS, tal como se apresenta, não tem possibilitado a atuação em saúde numa perspectiva mais integral, seja pela grande demanda de trabalho ou pela indisponibilidade que muitos profissionais de saúde têm em atuar nessa perspectiva. Assim, o processo diário de construção do SUS tem se apresentado cheio de desafios para o profissional egresso da Extensão Popular. Há, no trabalho em saúde, um discurso de coletividade, mas a prática é orientada pelo individualismo, pela competição e por jogos de poder. Trata-se de um discurso ideológico progressista em uma prática conservadora.

Durante a experiência da Extensão Popular, os estudantes desenvolvem habilidades para o trabalho em equipe, interdisciplinar e multiprofissional, por meio das atividades de visitas domiciliares e por meio das reuniões chamadas “grupão”. A primeira, por serem visitas realizadas por duplas de estudantes de cursos diferentes, tornando possível o olhar mais ampliado sobre o problema vivenciado no microssistema familiar. Já a segunda, torna-se importante por serem reuniões destinadas para discussão das situações-problema vivenciadas na comunidade, buscando, por meio da problematização coletiva, maneiras mais coerentes de atuação junto às famílias. Nessas reuniões, estudantes e professores, das mais distintas áreas do conhecimento e que fazem parte da Extensão Popular, se encontram e compartilham saberes e práticas de maneira coletiva e interdisciplinar (BARRETO, 2013; BATISTA, 2012).

Ainda na experiência extensionista, muitos estudantes tornam-se comprometidos com as classes populares e com a superação das injustiças sociais, chegando a acreditar que o trabalho em saúde representa uma maneira concreta de lutar, junto à população, pela superação da opressão e por melhorias nas suas condições de vida. Nessa perspectiva, os desafios presentes no cotidiano do trabalho junto ao SUS, além de confrontarem ideologias podem se configurar como elementos geradores de sofrimento psíquico ou mesmo um tipo de sofrimento denominado de ético-político (CURVO; SILVA, 2011). O aspecto ético-político presente no sofrimento está associado à sensibilidade com a dor do outro, em especial quando esse outro sofre as consequências do modo de produção capitalista. Nesse contexto, o contraponto do sofrimento ético-político é a felicidade pública, sentida quando se ultrapassa a prática do individualismo e do corporativismo para abrir-se à humanidade (SAWAIA, 2009 *apud* CURVO; SILVA, 2011). A superação desse tipo de sofrimento no trabalho em saúde passa pelo fim das interferências do mercado liberal no SUS rumo à sua concretização enquanto política pública de cunho socialista.

Esse sofrimento ético-político tem o potencial para gerar nas pessoas envolvidas a busca por melhorias nas suas condições de vida, de favorecer um entendimento mais crítico da situação que gera sofrimento, bem como para gerar empatia entre os que sofrem,

facilitando as relações de troca e união para a superação dos sofrimentos (CURVO, 2010). Esse movimento também apresenta elementos do que Freire (2011a) chama de vocação ontológica do ser humano para ‘ser mais’. Presente em todos os indivíduos, nas mais distintas situações, sejam elas de sofrimento ou não, essa vocação gera potencial para a transformação individual e coletiva, para o alcance da autonomia e emancipação dos diversos sujeitos sociais (FREIRE, 2011a; BARRETO, 2013).

No entanto, o trabalho em saúde junto ao SUS parece está organizado para barrar esse movimento de superação. A grande demanda e sobrecarga de trabalho, bem como os outros desafios discutidos nesse estudo, favorecem o individualismo, desarticula os trabalhadores, provoca competição e desunião, tornando cada vez mais difícil uma ação política transformadora. Essa análise retrata o quanto a superação da opressão é difícil, seja para as classes populares ou mesmo para sujeitos ditos conscientes e que já experienciaram uma prática educativa libertadora, como é o caso da Extensão Popular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo geral analisar o trabalho em saúde junto ao SUS a partir da experiência na Extensão Popular. Apesar das dificuldades enfrentadas ao longo do processo de coleta de dados, conseguimos alcançar os objetivos propostos. A análise dos dados quantitativos revelou que os profissionais egressos da Extensão Popular não conseguem implementar, da mesma forma, os aprendizados proporcionados por essa experiência formativa no cotidiano do trabalho junto ao SUS. Entendemos que, apesar da Extensão Popular trabalhar pedagogicamente elementos importantes para o trabalho em saúde no SUS, ela é desenvolvida sob a égide da universidade, que tem sua autonomia preservada, possui uma administração própria e, portanto, não sofre as mesmas influências que o mundo do trabalho junto ao SUS. Este, ao contrário da Extensão Popular, sofre às interferências do poder político local, sendo pautado, em nível municipal e estadual, de acordo com interesses de cada governo instituído.

Apesar da diferenciação entre a prática na extensão e a prática no trabalho, comprovada pelo teste estatístico de Wilcoxon, a Análise de Agrupamento conseguiu identificar dois grupos com comportamentos distintos. Em um desses grupos (Grupo 2), os sujeitos apresentam mais facilidade em realizar um trabalho em saúde mais coerente com os aprendizados proporcionados pela Extensão Popular. Essa facilidade pode estar associada ao fato de que a maioria dos sujeitos desse grupo trabalha na atenção primária e uma boa parte tem um vínculo empregatício mais seguro (concurso público). Essas características facilitam a realização de um trabalho mais próximo à população e conseqüentemente do favorecimento da participação popular, além dos sujeitos poderem exercer a sua autonomia e o seu protagonismo, sem o medo de ser destituído do emprego. Percebemos também que todos os egressos conseguiram aprender e praticar, na Extensão Popular, as dimensões analisadas nesse estudo de maneira semelhante. Logo, a diferença entre os grupos reside na prática do trabalho em saúde junto ao SUS.

A análise descritiva dos dados forneceu indícios do porquê de alguns profissionais egressos da Extensão Popular terem mais facilidade do que outros em realizar um trabalho mais coerente com os pressupostos da Educação Popular. No entanto, tais indícios precisam ser melhor aprofundados por meio de estudos qualitativos a fim de identificar como os profissionais, que atuam nos diversos níveis de atenção do SUS e que têm diferentes formas de vínculo empregatício, avaliam e compreendem tal distinção no exercício do trabalho em saúde.

A experiência da Extensão Popular foi referida pelos sujeitos como um marco significativo na formação profissional em saúde. Tal experiência possibilitou mudanças profundas na forma de ser dos sujeitos, na forma como eles enxergavam a realidade e o trabalho em saúde. Foi por meio dessa experiência que muitos profissionais encontraram sentido para a sua formação profissional e motivação para trabalhar pela saúde e pelo SUS. Trabalho esse que exige dos profissionais, entre outros elementos, a habilidade para o diálogo, a criatividade e o respeito aos diversos saberes. Profissionais que sabem atuar nessa perspectiva apresentam grande potencial para o trabalho em saúde junto ao SUS. Nesse sentido, entendemos que o acesso dos estudantes aos diversos contextos nos quais a população vive, deve ser compreendido como um elemento pedagógico concreto da formação em saúde e não como uma prática alternativa de responsabilidade da extensão e de outras propostas extracurriculares.

O SUS, tal como ele se apresenta em muitos estados e municípios, tem dificultado a atuação dos profissionais na perspectiva da Educação Popular, seja pela dureza do processo de trabalho em Saúde, pela centralização da gestão, pelo clientelismo e o comprometimento político partidário de alguns profissionais ou pela grande demanda por assistência de saúde e necessidade de cumprir uma extensa carga horária de trabalho. Nesse contexto, os profissionais egressos da Extensão Popular vivem situações de sofrimento físico, psíquico ou mesmo ético-político, por não conseguirem trabalhar em conformidade com a sua ideologia política e terem que ir de encontro, muitas vezes, a seus preceitos éticos. Apesar desse sofrimento, muitos desses profissionais permanecem presos a esse tipo de trabalho, seja pela necessidade financeira de manter o emprego ou pela forma como o processo de trabalho está organizado que, ao tempo que aponta grandes demandas e possibilidades de atuação, dificulta a organização política dos trabalhadores rumo à superação da opressão. Tendo em vista que muitos profissionais adentram no mundo do trabalho do SUS encantados com a sua história, seus princípios e diretrizes constitucionais e aprendem, por duros caminhos, a face real do SUS, seus limites e contradições, torna-se necessário que, ainda no ensino, os estudantes tenham acesso ao SUS numa perspectiva crítica e não puramente idealizada, como muitas vezes acontece.

Esse estudo, além de representar uma forma inédita de ver o trabalho em saúde, ou seja, pela ótica da experiência na Extensão Popular, também aponta para os limites dessa prática formativa no campo da saúde. Até que ponto a Extensão Popular trabalha com a realidade concreta do SUS? Como fazer Extensão Popular nesse contexto contraditório e, mesmo assim, os estudantes, futuros profissionais, permanecerem engajados numa genuína e

comprometida prática transformadora da sociedade? Estas são questões que geram fortes reflexões e que podem servir de base para outros estudos, no sentido de dar voz aos diversos sujeitos envolvidos e, juntos, buscar encontrar novos caminhos para lidar com os desafios concretos do SUS, sem negar a perspectiva política inerente à Educação Popular.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ALBAUM, G. The likert scale revisited: An alternate version. **Journal of the Market Research Society**, Reino Unido, v. 39, n.39, p. 331-349. 1997.

BABBIE, E. **Métodos de Pesquisa de Survey**. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

BAHIA, L. A *Démarche* do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV: 2008. p. 123-188.

BAPTISTA, M. N; CAMPOS, D. C. **Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

BARREIRA, R. B. **Elaboração e validação de questionários para coleta de dados sobre serviços especializados e pacientes com imunodeficiências primárias**. 2007. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BARRETO, B. M. V. B. **Formação universitária e Educação Popular: convergências com a espiritualidade a partir de vivências estudantis na extensão**. 2013. 207f, Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

BATISTA, P. S. S. **Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da educação popular**. 2012. 205f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, 2012.

BERNARDO, M. H. **Discurso flexível, trabalho duro: o contraste entre o discurso de gestão empresarial e a vivência dos trabalhadores**. 2006. 225f, Tese (Doutorado em Psicologia social e do trabalho) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRANDÃO, C. R. **O que é Educação Popular?**São Paulo: Editora Brasiliense, 2006 (Col. Primeiros Passos).

BRASIL. **Lei 8142** de 28 de Dezembro de 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS)**. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz**. Brasília, 2013b.

BROCK, G.; PIHUR, V.; DATTA, S. et al. clValid: An R Package for Cluster Validation. **Journal of Statistical Software**, Los Angeles, v. 5, n. 4, p. 1-22, 2008.

CÂMARA, F. P. Psiquiatria e estatística - parte II: fundamentos da análise de clusters (classificação numérica). **Psychiatry on line Brasil**, São Paulo, v. 14, n. 1. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano09/cpc0109.php>. . Acesso em: 10 de abril de 2014.

CRUZ, P. J. S. C. Extensão popular: a reinvenção da universidade. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011. p. 40-61.

CURVO, D. R.; SILVA, M. O. O sofrimento ético-político e a Reforma Sanitária Brasileira: algumas considerações sobre os trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 295-308, 2011.

DEZA, M. M.; DEZA, E. **Encyclopedia of Distances**. New York: Springer, 2009.

DUNN, J. C. Well Separated Clusters and Fuzzy Partitions. **Journal on Cybernetics**, v. 4, n. 1, p. 95-104, 1974.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009.

FRANCO, T; DRUCK, G; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

GAN, G.; MA, C.; WU, J. **Data Clustering: Theory, Algorithms, and Applications**. Philadelphia: ASA-SIAM, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: editora Atlas S. A, 2008.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 881-892, 2011.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p: 7-18, jan., 2011.

GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde soc.**, São Paulo, v.18, n.2, p. 189-198, 2009.

HAIR JR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIM, B. J. et al. **Análise multivariada de dados**. 6ª ed. Bookman: Porto Alegre, 2009.

HANDL, J.; KNOWLES, J.; KEL, D. B. Computational Cluster Validation in Post-Genomic Data Analysis. **Bioinformatics**, v. 21, n. 15, p. 3201-3212, 2005.

JUNQUEIRA, T. S. COTTA, R. M. M.; GOMES, R. C. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.5, p. 918-928, 2010.

LEITE, M. F. Aprendizados que só acontecem com disponibilidade de entrega à experiência. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011a. p. 186-190.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p.1463-1472, 2009.

LOUREIRO, J. A. **Técnicas de agrupamento de dados na mineração de dados químicos**. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Computação) Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAGNOS, C. N.; MERLO, A. R. C. A construção de saúde, entre o servir e a servidão: das relações entre servidores de um hospital psiquiátrico público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 175-188, 2012.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil.. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013.

MATOS, R. A. **análise de agrupamentos na presença de variáveis categóricas e contínuas**. 2007. 156f. Dissertação (Mestrado em Estatística). Universidade Federal de Belo Horizonte, 2007.

MELLO, C. E. R. **Agrupamento de regiões: uma abordagem utilizando acessibilidade**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em ciências em engenharia de sistemas e computação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

MELO NETO, J. F. **Extensão universitária: uma análise crítica**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2001.

MELO NETO, José Francisco de. **Extensão universitária, autogestão e Educação Popular**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2004.

MELO NETO, José Francisco de. **Extensão popular**. 1ª ed. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2006.

MELO NETO, J. F. Extensão Popular: a universidade em movimento. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011. p. 406-414.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1620-1625, 2009.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n 3, p. 841-850, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOITA, F. M. G. S. C.; ANDRADE, F. C. B. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Rev. Bras. Educ.** Campinas, v. 14, n. 4, p. 269-393, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV: 2008. p. 91-122.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estud. Psicol.(Campinas)**. Campinas, v. 9, n. 1, p.45-4552, 2004.

RIBEIRO, K. S. Q. S. **Ampliando a atenção à saúde pela valorização das redes sociais nas práticas de educação popular em saúde**. 2007. 226 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

RIBEIRO, K. S. Q. S. Ampliando a atenção à saúde pela valorização das redes sociais nas práticas de educação popular em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 235-248, jul./set. 2008.

RIBEIRO, K. S. Q. S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 335-346, 2009.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.12, n 2, p. 429-435, 2007.

SANTOS, N. R. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV: 2008. p. 227-246.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.273-280, 2013.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

SEIDEL, E. J.; OLIVEIRA, M. S. TAVARES, B. T.; ANTONIALLIIRA L. M. Procedimento para formação de grupos de empresas e para construção de índice de avaliação dos agrupamentos. **Sistemas & Gestão**, Niterói, v. 7, n. 1, p. 93-102, 2012.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde colet.**, Rio De Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, M. O. **Psicologia Humanista e Educação Popular na Atenção Primária à Saúde**. 2013. 223f, Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, v. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A.; MONTEIRO, I. M. Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. **Acta Med. Port.** Lisboa, v. 21, n. 1, p. 31-36, 2008.

TORRES, C. K. D.; ESTRELA, J. F. M.; RIEBEIRO, K. S. Q. S. Contribuição da educação popular no atendimento fisioterapêutico domiciliar. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1877-1879, 2009.

VALLEJO, P. M.; SANZ, B. U.; BLACO, Á.B. **Construcción de escalas de actitudes tipo likert**: Una guia pratica. Madrid: Editorial Hespérides, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. saúde coletiva**, v.14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, E.M. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, E. M; FROTA, L. C; SIMON, E. (Org.). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006a. p. 265-308.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006b, p. 15-135.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, DF, 2007. p. 18-29.

VASCONCELOS, E. M. Victor Valla e o movimento da educação popular em saúde. In: GARCIA, R. L. (Org.). **Victor Vicente Valla**: companheiro de lutas, de ideias, de vida. Recife: ANPED, 2009, p. 31-28.

VASCONCELOS, E.M.; CRUZ, P.J.S.C. (Org.). **Educação popular na formação universitária**: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação popular na formação universitária**: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011a. p. 362-398.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação popular na formação**

universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011b. p. 28-34.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular na universidade. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação popular na formação universitária:** reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011c. p. 20-25.

VASCONCELOS, E. M. Conversão aos pobres, oprimidos e marginalizados. **No prelo, 2013.**

VERIGUINE, N. R.; KRAWULSKI, E.; D'AVILA, G. T.; SOARES, D. H. P. Da formação superior ao mercado de trabalho: percepções de alunos sobre a disciplina orientação e planejamento de carreira em uma universidade federal. **Revista eletrônica de investigación y docência (REID)**, Jaén (Espanha), v. 4, p. 79-96, 2010.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários.** São Paulo: Editora Atlas, 2009.

APÊDICE A: QUESTIONÁRIO

MÓDULO 1. INFORMAÇÕES INICIAIS

1.1 Nome (opcional): _____

1.2 Sexo: 1 ☐ M 2 ☐ F

1.3 Religião:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 ☐ Católica | 4 ☐ Sem religião |
| 2 ☐ Evangélico | 5 ☐ Ateu |
| 3 ☐ Espírita | 6 ☐ Outra (especificar): _____ |

1.4 Formação Universitária:

- | | | |
|---|--|---|
| 1 ☐ Medicina | 5 ☐ Nutrição | 9 ☐ Serviço Social |
| 2 ☐ Enfermagem | 6 ☐ Farmácia | |
| 3 ☐ Odontologia | 7 ☐ Educação Física | |
| 4 ☐ Fisioterapia | 8 ☐ Psicologia | |

1.5 Ano de conclusão:

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|
| 1 ☐ 2012 | 5 ☐ 2008 | 9 ☐ 2004 |
| 2 ☐ 2011 | 6 ☐ 2007 | 10 ☐ Outro(especificar) _____ |
| 3 ☐ 2010 | 7 ☐ 2006 | |
| 4 ☐ 2009 | 8 ☐ 2005 | |

1.6 Extensão Popular:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1 ☐ PEPASF | 4 ☐ Fisioterapia na Comunidade |
| 2 ☐ Para Além | 5 ☐ PEPAST |
| 3 ☐ PROENF | 6 ☐ SabuComu (até 2009) |

1.7 Tempo de Extensão Popular

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1 ☐ 1 ano | 4 ☐ 4 anos |
| 2 ☐ 2 anos | 5 ☐ 5 anos |
| 3 ☐ 3 anos | 6 ☐ 6 anos ou mais |

1.8 Tempo de atuação profissional junto ao SUS

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ menos de 6 meses | 4 ☐ 3 anos |
| 2 ☐ 1 ano | 5 ☐ 4 anos ou mais |
| 3 ☐ 2 anos | |

1.9 Nível de atenção na qual atua (atuou) a maior parte do tempo

- 1 ☐ Primária (especificar) 3 ☐ Terciária (especificar)
 2 ☐ Secundária (especificar)

Especificar: _____

1.10 Qual é (era) o seu vínculo empregatício?

- 1 ☐ Concurso público 4 ☐ Serviço privado conveniado ao SUS
 2 ☐ Cargo Comissionado/confiança 5 ☐ Outro vínculo(especificar)
 3 ☐ Prestador de Serviço 6 ☐ Sem vínculo empregatício

Especificar _____

1.10 Após conclusão do curso, quanto tempo passou até você começar a trabalhar?

- 1 ☐ até 2 meses 4 ☐ 5 a 6 meses
 2 ☐ 2 a 3 meses 5 ☐ 6 meses ou mais
 3 ☐ 3 a 4 meses

1.11 Esfera de Governo na qual você trabalha (trabalhou)

- 1 ☐ Federal (especificar) 4 ☐ Nenhum (especificar)
 2 ☐ Estadual (especificar)
 3 ☐ Municipal (especificar)

Especificar: _____

PARTE 1 (EXTENSÃO)

Para responder as questões seguintes, levar em consideração os aprendizados adquiridos por meio da experiência na Extensão Popular.

Ao avaliar cada item, atribua um valor considerando a escala de 0 a 10, onde 0 significa NUNCA e 10 significa SEMPRE.

MÓDULO 2: AUTONOMIA, PROTAGONISMO E TRABALHO EM EQUIPE**2.1 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você desenvolveu a sua autonomia*.**

*Considere autonomia como sendo a independência da sua vontade que, em conformidade com a razão, lhe permite agir livremente na relação com o outro (comunidade), no processo gerencial (gestão do projeto), no cuidado em saúde, etc. (ABBAGNANO,1998)¹.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.2 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você se sentia a vontade para expressar sua opinião no sentido de posicionar-se de forma contrária, sem medo de julgamentos ou outra forma de discriminação.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.3 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você participou da organização/planejamento de alguma atividade ou evento do projeto, nos quais a comunidade esteve presente, contribuindo ativamente.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.4 Durante a sua vivência na Extensão Popular, a organização do projeto esteve atrelada às decisões dos professores, sem que houvesse a sua participação no processo decisório.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.5 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você participou das decisões relativas à organização do projeto.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.6 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você discutia os casos das famílias acompanhadas ou outros problemas vivenciados na experiência da Extensão Popular de maneira interdisciplinar, tomando as decisões no coletivo.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.7 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você planejava e executava as ações educativas no coletivo, considerando a participação dos diversos saberes e em coerência com as reais necessidades da população.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

MÓDULO 3: APROXIMAÇÃO COMUNITÁRIA, PARTICIPAÇÃO POPULAR, HUMANIZAÇÃO E VÍNCULO

3.1 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você se aproximou dos espaços de organização comunitária, participando dos seus movimentos e lutas políticas.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.2 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você estimulou a participação popular.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.3 Durante a sua vivência na Extensão Popular, a comunidade participava como protagonista, liderando as ações realizadas na comunidade.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.4 Durante a sua vivência na Extensão Popular, nas diversas atividades realizadas pela extensão, havia espaço para o compartilhamento de experiências/conhecimentos entre os estudantes universitários e a comunidade.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.5 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você teve a oportunidade de conhecer bem o contexto social no qual a comunidade estava inserida.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.6 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você trabalhou junto à comunidade temas relativos às questões sociais, objetivando a conscientização do povo, sua organização e mudanças na realidade local.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.7 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você teve uma aproximação mais confiante com os moradores da comunidade, havendo a formação de vínculos.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.8 Durante a sua vivência na Extensão Popular, a presença do vínculo com a família visitada possibilitou a ampliação desse vínculo para um compromisso com a comunidade como um todo e com as causas populares.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.9 Durante a sua vivência na Extensão Popular, a afetividade, a escuta atenciosa, o olhar integral, a empatia esteve presente na sua relação com a comunidade e com os extensionistas do projeto.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.10 Durante a sua vivência na Extensão Popular, você utilizou tecnologias leves, ou seja, distantes do aparato tecnicista nas ações de cuidado em saúde.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.11 Durante a sua vivência na Extensão Popular, o diálogo foi uma ferramenta presente nos encontros entre os membros do projeto, entre o projeto e a comunidade, entre a comunidade e os representantes da sociedade (prefeitura, Estado, secretariados, etc).

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

PARTE 2

Para responder as questões seguintes, levar em consideração a sua atuação junto ao SUS. Ao avaliar cada item, atribua um valor considerando a escala de 0 a 10, onde 0 significa NUNCA e 10 SEMPRE.

MÓDULO 2: AUTONOMIA, PROTAGONISMO E TRABALHO EM EQUIPE

2.8 No seu trabalho, você tem (tinha) autonomia*.

*Considere autonomia como sendo a independência da sua vontade que, em conformidade com a razão, lhe permite agir livremente na relação com o outro (comunidade), no processo gerencial, no cuidado em saúde, na sua atuação profissional, etc. (ABBAGNANO,1998)¹.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.9 No seu trabalho, é (foi) possível gerir atividades de maneira descentralizada, ou seja, dividir tarefas e possibilitar a outros sujeitos a participação no processo gerencial.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.10 No seu trabalho, você se sente (sentia) a vontade para expressar sua opinião, no sentido de posicionar-se contrário a algo, sem medo de julgamentos ou outra forma de discriminação.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.11 No seu trabalho, você participa (participou) ou tem (teve) a oportunidade de participar da organização/planejamento de algum evento ou atividade na qual a comunidade estará presente contribuindo ativamente.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.12 No seu trabalho, as decisões são (eram) tomadas por seus superiores e informadas sem que haja a sua participação no processo decisório.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2.13 No seu trabalho, você discute (discutia) os casos/problemas do seu processo de trabalho com os seus colegas ou integrantes da equipe, atuando interdisciplinarmente e tomando decisões coletivamente.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

MÓDULO 3: APROXIMAÇÃO COMUNITÁRIA, PARTICIPAÇÃO POPULAR, HUMANIZAÇÃO E VÍNCULO

3.12 No seu trabalho, você se aproxima (aproximou) dos espaços de organização comunitária, participando dos seus movimentos e lutas políticas.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.13 No seu trabalho, você incentiva (incentivou) a participação popular.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.14 No seu trabalho, as ações de saúde desenvolvidas partem (partiam) das necessidades verbalizadas pelo usuário/paciente/comunidade.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.15 No seu trabalho, há (havia) espaço para compartilhar conhecimento/experiências com o usuário/paciente/comunidade.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.16 No seu trabalho, você tem (teve) a oportunidade de adentrar nos espaços de vulnerabilidade social e de conhecer o contexto social no qual a comunidade está inserida.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.17 No seu trabalho, nas ações de saúde e educação em saúde, são (eram) trabalhados temas relativos às questões sociais, objetivando a conscientização do povo, sua organização e mudanças na realidade local.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.18 No seu trabalho, é (era) possível assumir uma postura crítica e que tenha claramente uma intencionalidade política transformadora.**

** A intencionalidade política abordada aqui corresponde à mudança da realidade, rumo a justiça social.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.19 No seu trabalho, você tem (teve) a oportunidade de ter uma aproximação mais confiante com os usuários/pacientes/comunidade, havendo a formação de vínculos.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.20 No seu trabalho, suas ações de saúde são (eram) humanizadas.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.21 No seu trabalho, o respeito humano e a afetividade está (estava) presente na sua relação com a usuário/paciente/comunidade e com os seus colegas de trabalho.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.22 No seu trabalho, há (havia) espaço para outras maneiras de cuidado em saúde que não estejam ligadas, necessariamente, à técnica aprendida na universidade.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3.23 No seu trabalho, o diálogo é (era) uma ferramenta presente na relação entre você e seus colegas, entre você e a usuário/paciente/comunidade, e entre você e a sua direção/gestão.

0 (.....)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA**I) IDENTIFICAÇÃO**

NOME_____

SEXO_____CURSO DE GRADUAÇÃO_____

RELIGIÃO_____

ATUAÇÃO PROFISSIONAL_____

II) QUESTÕES NORTEADORAS

1. O QUE SIGNIFICA PARA VOCÊ TER PARTICIPADO DA EXTENSÃO POPULAR?
2. COMO VOCÊ AVALIA A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL JUNTO AO SUS?
3. QUAIS DESAFIOS VOCÊ ENFRENTOU OU ENFRENTA NA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL JUNTO AO SUS?
4. QUAL A CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO POPULAR PARA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL JUNTO AO SUS?

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Profissional

Esta pesquisa é sobre a Extensão Popular na formação universitária e está sendo desenvolvida pela enfermeira Maria Francilene Leite, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Prof^a Dr^a Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro e do Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos.

Este estudo tem como objetivo analisar o trabalho em saúde junto ao SUS a partir da experiência na Extensão Popular. Dessa maneira, espera-se contribuir para que os aprendizados adquiridos por meio da Extensão Popular possam ser, verdadeiramente, implementados no mundo do trabalho do SUS.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento de um questionário e, em caso necessário, de sua participação em uma entrevista. Além disso, solicito a sua permissão para disseminar o conhecimento produzido através deste estudo em eventos científicos e publicação em revista científica.

Com relação à sua participação, comprometo-me em manter o seu nome em sigilo, bem como os dados confidenciais a serem apresentados e também aceitar a sua livre decisão em aceitar participar ou não do estudo, respeitando o seu direito de desistir em qualquer momento da pesquisa. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará nenhum dano previsível a sua pessoa, visto que sua participação dar-se-á apenas no preenchimento do questionário e/ou no desenvolvimento de uma entrevista a respeito do tema da pesquisa.

Agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, estando à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário.

Diante do exposto, considero que fui devidamente esclarecido(a) e declaro o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação científica dos resultados.

João Pessoa, ____/____/____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Testemunha

Caso necessite de maiores informações, telefonar para a pesquisadora:

Telefone: (83) 8801-5630

E-mail: Cilene_l@yahoo.com.br

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 341.267

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados

Recomendações:

Recomendamos incluir o endereço do CEP-HULW no TCLE como informação para o participante da pesquisa, pois uma vez ao aprovar a pesquisa o Comitê torna-se corresponsável pela mesma nos seus aspectos éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável ao desenvolvimento da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa APROVADA pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do HULW/UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 18 de junho de 2013.

Informamos que qualquer alteração do projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável.

O(s) pesquisador(es) responsável fica(m), desde já, notificado(s) da obrigatoriedade de no término da pesquisa enviar (online) ao CEP/Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa

26 de Julho de 2013

Assinador por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.

L533t Leite, Maria Francilene.

O trabalho em saúde junto ao SUS a partir da experiência na extensão popular: desafios e potencialidades / Maria Francilene Leite.-- João Pessoa, 2014.

102f.

Orientadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro e Ulisses Umbelino dos Anjos

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN

1. Trabalho em saúde. 2. Modelos em saúde. 3. Extensão popular. 4. SUS - Sistema Único de Saúde. 4. Análise multivariada.

UFPB/BC

CDU: 331:614(043)