

A Educação Popular em Saúde como mediação pedagógica da gestão e práticas colaborativas na Atenção Básica à Saúde

The Popular Education in Health as pedagogical mediation of management and collaborative practices in Primary Health Care

Alex Simões de Mello

Departamento de Enfermagem em Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

William Pereira Santos

Unidade de Anatomia Patológica, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Sonia Acioli de Oliveira

Departamento de Enfermagem em Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Resumo

Esta é uma sistematização de experiências, na perspectiva de Oscar Jara (2012), sobre a gestão compartilhada de uma Clínica de Família, no bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, Brasil. Objetivou-se refletir como a Educação Popular em Saúde (EPS) pode mediar o processo de gestão compartilhada na qualificação das ações de prevenção do câncer de colo do útero junto aos profissionais, numa ação colaborativa com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tomou-se como reflexão, o trabalho na Atenção Básica, a mediação da EPS e a gestão e práticas colaborativas. Concluiu-se que o diálogo com o contexto local, mediado por uma parceria colaborativa sob a proposta crítico-reflexiva, transformou em práxis a coleta de preventivo, qualificando o processo de cuidado.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Atenção Básica à Saúde. Gestão participativa. Saúde da mulher. Rastreamento de câncer.

Abstract

This is a systematization of experiences, in the perspective of Oscar Jara (2012), on the shared management of a Family Clinic, in the neighborhood of Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, Brazil. The objective was to reflect how the Popular Health Education (PHE) can mediate the shared management process in the qualification of cervical cancer prevention actions with the professionals, in a collaborative action with the Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). It was taken as reflection, the work in primary health care, the mediation of the PHE and the management and collaborative practices. It was concluded that the dialogue with the local context, mediated by a collaborative partnership

under the critical-reflexive proposal, transformed into praxis the collection of preventive, qualifying the care process.

Introdução

Este trabalho estrutura-se a partir de uma experiência em gestão compartilhada na qualificação das ações de rastreio do câncer de colo do útero em uma Clínica de Família, no bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. Sua construção apoia-se na proposta da Sistematização de Experiências, apresentada por Oscar Jara¹, como modo de atrelar o processo reflexivo que surge a partir daquilo que experienciamos a concepções teóricas, com intuito de compreender para além da simples descrição dos fatos sobrepostos.¹

A história aqui sistematizada incide em um contexto de alta vulnerabilidade econômica e social, em uma área disposta como um complexo de favelas e permeada por considerável nível de violência. Manguinhos se constitui em um espaço plural e representativo da desigualdade ocupando o 122º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos 126 bairros da cidade. Esta posição colocou Manguinhos a margem dos direitos humanos e da cidadania junto as políticas públicas.²

Sob intervenção do governo federal, o território de Manguinhos recebeu em 2008 o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), reconfigurando seu espaço, desde a estrutura básica de saneamento e moradia, a inclusão de

Keywords: Popular Education in Health. Primary Health Care. Participatory management. Women's Health. Cancer screening.

serviços nas áreas de lazer, saúde, educação e assistência social.³

No campo da saúde, o bairro contou por muitos anos como única referência em Atenção Básica à Saúde (ABS), o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), vinculado a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que, no período de 2000 a 2009 atendeu a dois modelos de atenção: o tradicional e a Estratégia Saúde da Família (ESF), com 60% de cobertura do território.^{4,5} Em abril de 2010, como proposta do PAC para a expansão, inaugura-se a Clínica da Família Victor Valla (CFVV), e chega-se a 100% de cobertura. Manguinhos se reconfigurara sob novo formato de gestão e passa a atuar como um Território Integrado de Ações em Saúde (Teias).⁵

O Teias, na perspectiva da gestão participativa, construiu o seu processo de trabalho a partir de uma agenda de educação permanente, estabelecendo espaços de diálogo e cogestão com os profissionais, lideranças comunitárias, grupos organizados e instituições parceiras, de caráter intersetorial, próximas da população adscrita.⁶

Iniciativas de ampliar o acesso e a resolutividade, antes negligenciados, emergiram como proposta deste modo

compartilhado de gestão no território. O coletivo gestor, crítico às dificuldades enfrentadas pelo descaso, promoveu um movimento que pôs em evidência a necessidade de fortalecer a ABS e sua articulação em rede, com os demais pontos de atenção à saúde de referência desta população. Assim, a adoção do apoio matricial como dispositivo do cuidado em rede e a expansão da atenção à população não domiciliada induziram a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Consultório na Rua (CnaR).⁶

A preocupação inicial esteve pautada nas questões ambientais com prioridade na regularização da coleta do lixo, a garantia de qualidade da água para consumo, a resolução das situações de violência e solução para diversas cenas de uso de álcool e outras drogas, efetividade de segurança pública, resolução de pontos de enchentes e alagamentos. Já na ótica assistencial, centrava-se na qualificação das práticas que se mostravam com baixa resolutividade, frente às deficiências na efetivação, que não se justificavam ao recém firmado contrato de gestão.⁷

Este contexto foi apontado pela gestão como impedor ao desenvolvimento de ações promotoras de saúde, o que poderia ser a proposta mais acertada na busca de reversão desta opressora realidade.⁷

Plano de sistematização

O território de Manguinhos convive com uma tríplice carga de adoecimento - as doenças

infecciosas, os agravos crônicos e as causas externas - impulsionada pela desigualdade nas formas e condições de vida, que somadas as suas peculiaridades afetam diretamente a saúde da população, em especial a parcela feminina.^{5,7}

A mulher em condição de pobreza e vulnerabilidade tem características marcantes da divisão sexual do trabalho, margeada por diversas formas de violência no território de moradia. A principal e mais suscetível tem sido as atividades domésticas, não remuneradas, informais, e em segmentos menos organizados, a reboque da sua dedicação às atividades domiciliares, gerando rendimentos inferiores, e aumentando a desigualdade.⁸ A população feminina de Manguinhos, cerca de 6% maior em relação a masculina apresenta uma sobrecarga socioeconômica, aumentando suas chances de adoecimento. Diferentemente da população masculina, que para além de alcançar maiores e variadas fontes de renda, imputa uma alta incidência de morte de jovens pela violência.⁹

Esta heterogeneidade tem se caracterizado como um desafio à ABS em Manguinhos, principalmente pelo comportamento nos padrões populacionais das últimas décadas, caracterizando uma rápida inversão da pirâmide populacional, com uma queda em número de nascimentos e um aumento no envelhecimento.^{5,7,9} Esta forma de transição demográfica com acentuado envelhecimento e baixa qualidade de vida, reforça as iniquidades sociais, corroborando para o aumento das condições crônicas de saúde, coexistindo com os

agravos transmissíveis, e exigindo novos desenhos de organização dos serviços de atenção.

Especificamente a linha de cuidado à saúde integral da mulher, escopo deste relato, foi incluída como prioridade devido a descontinuidade da atenção longitudinal, principalmente na garantia do cuidado compartilhado em rede, quando tratamos de violação de direitos e adoecimento por condições crônicas, como o câncer. A exposição aos fatores de risco de câncer de colo do útero para estas mulheres tem sido alvo de preocupação constante.

O exame preventivo para tais condições apresentava fragilidades que impediam a promoção de ações efetivas no território. As dificuldades partiam, desde a baixa eficiência nos processos educativos e de vigilância às mulheres em condição de rastreamento, a insuficiente qualidade na coleta do exame Papanicolaou. E ainda, faltava organização no monitoramento dos casos que apresentavam lesões precursoras para o câncer.

O câncer de colo do útero apresenta uma história natural longa desde a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) até atingir o estágio de câncer, com período que pode variar de 10 a 20 anos. Conforme estratégia adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde, o período recomendado para realização do exame deve iniciar aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram e/ou mantêm atividade sexual e seguir até os 64 anos.¹⁰

O câncer de colo do útero, devido as taxas de incidência, tem sido considerado um importante problema de saúde pública em escala mundial, sobretudo nos países em desenvolvimento.^{11,12}

Essa neoplasia, enquanto localização primária, foi responsável pela morte de 6.385 mulheres no Brasil, em 2017, e outros 16.370 novos casos foram registrados em 2018, conforme registros do Instituto Nacional de Câncer.¹³

A infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV, adquirido por via sexual e considerado o agente mais incidente das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), pode desencadear transformações intraepiteliais progressivas e tem sido apontada como o principal fator de risco para o desenvolvimento das lesões precursoras e, conseqüentemente, do câncer de colo do útero.^{10,12}

Além do HPV oncogênico, outros fatores de risco tornam-se importantes para o surgimento da neoplasia, como início da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais e exposição a outras IST, sobretudo do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Além dos fatores influenciados pelo comportamento sexual, considerando os pontos de vista biológico e epidemiológico, tabagismo, diferentes dietas e fatores ligados à genética e imunidade também são importantes para o desenvolvimento das lesões.^{14,15}

Neste contexto, a saúde da mulher em Manguinhos, em especial as ações de controle e rastreamento do câncer de colo do útero, precisavam

ser revistas e melhor compreendidas como direito, estarem inseridas na linha de cuidado e fazerem parte da atenção integral com a qualidade que requer o processo, em consonância com a política nacional.

Assim, torna-se pertinente conhecer como a gestão do cuidado a saúde da mulher sob a perspectiva metodológica da Educação Popular em Saúde (EPS) pode favorecer e transformar práticas de prevenção do câncer de colo do útero em Manguinhos, construindo espaços de diálogo permanente no cotidiano do processo de trabalho e um intercâmbio de saberes técnicos e populares entre a instituição formadora, o serviço e a comunidade.

Para este relato, portanto, objetivou-se refletir como a EPS pode mediar o processo de gestão compartilhada na qualificação das ações de prevenção do câncer de colo do útero junto aos profissionais da ESF em Manguinhos, numa ação colaborativa entre o Teias/ Fiocruz e o Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Correlacionou-se as atividades desenvolvidas no processo experienciado com estratégias na utilização das fontes de informações para compor este relato. Desta maneira, considerou-se como atividades a descrição do contexto, rodas de conversa, visitas técnicas, ações educativas, atendimento clínico, articulação intersetorial, e momentos avaliativos para síntese coletiva. Como dispositivo estratégico para a ação identificou-se a busca constante de informações, planejamentos estrutural e

processual, espaços permanentes de reflexão e análise crítica contextualizada. E os recursos empregados, foram livros, artigos publicados em base científica, registros documentais do processo, diários de campo, e material publicado em sítios eletrônicos de domínio público.

Buscou-se reconstruir a experiência desenvolvida no cotidiano do processo de trabalho da CFVV, identificando a necessidade de aproximar suas práticas aos princípios norteadores do cuidado integral numa perspectiva participativa. A EPS como campo teórico-metodológico e de prática social tem sua trajetória alinhada à democracia participativa, pautando as políticas públicas de saúde no que se destina ao fortalecimento das bases do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁶

Nesta ótica, procurou-se o enfrentamento das dificuldades no manejo com as questões complexas no que tange o cuidado a saúde da população, em especial aquela cujos direitos têm sido negligenciados. Em tempos de desconstrução dos modos democráticos de produzir saúde e educação, parte-se da necessidade prioritária de institucionalizar as práticas e os princípios da EPS no SUS.¹⁶

O diálogo e a participação efetiva dos diferentes atores, nas diversas etapas do processo de mudança, foram os principais dispositivos adotados na construção de propostas que apoiaram a transformação da realidade. Esta construção coletiva foi alinhada no âmbito da

pedagogia crítica, utilizando-se como referencial teórico Paulo Freire, cuja centralidade está nas formas dialética, de participação e partilha do processo ensino-aprendizado.¹⁷

O recorte temporal captado por esta sistematização foi o período de junho de 2011 a junho de 2013, momento oportuno que deu início ao uso dos serviços da Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia (SITEC/ INCA) e o término da primeira gestão da unidade.

A recuperação do processo vivenciado

As mudanças na condução do cuidado a mulher, especificamente no rastreamento do câncer de colo do útero desenvolvido pelos trabalhadores da CFVV, partiram de um diagnóstico situacional apoiado pela experiência da ESF no contexto desta população desde o ano 2000. As fragilidades do processo de trabalho somadas as peculiaridades do território, provocou junto ao serviço um movimento coletivo autossustentável, cogerido e em rede, pertinente as necessidades loco regionais e consonante com as políticas nacionais.¹⁸

As necessidades de mudança surgiram dos encontros proporcionados pela gestão compartilhada do cuidado, discutida nas rodas de educação permanente, como agenda semanal das equipes, sob a proposta de visitar os fluxos e rotinas da unidade. A partir daí, foi detectado o desconhecimento, especificamente deste seguimento na linha de cuidado da mulher.

A pretensão em compreender o que já se fazia e o que ainda seria necessário foi dinamizado pelos apoiadores institucionais da gestão Teias e o NASF, numa proposta colaborativa, em encontros sistematizados que garantissem a contextualização do processo, o levantamento das potencialidades e fragilidades, a apreensão das bases técnico-científicas que envolvessem a temática e a rede de apoio. Utilizou-se como ponto estruturante, o itinerário da mulher em Manguinhos para o rastreamento do câncer de colo do útero.

Neste movimento, foram detectados problemas em vários aspectos na oferta do preventivo, como parte de um cuidado integral e emancipatório, restrito apenas as práticas fragmentadas e descontínuas, particularizadas ao médico e ao enfermeiro das equipes, sem autonomia das usuárias e pouco resolutiva. O agrupamento das fragilidades em eixos facilitou o processo de condução das revisões e condutas, sendo estes: Educação em saúde; Abordagem técnico-científica; Cuidados administrativos; Registros e documentação; Monitoramento dos casos e vigilância do território. Para cada eixo foram propostas, pelo coletivo, algumas atividades que viriam contribuir para o enfrentamento e qualificação de todo o processo, como: rodas de conversa, discussões de casos, apoio matricial, agenda compartilhada, fortalecimento da rede assistencial, acolhimento e visita técnica a SITEC.

O pertinente encontro entre as fragilidades e potencialidades deste grupo de trabalhadores, mediado pela participação dialógica e

compartilhada entre profissionais de saúde e usuários, numa visão crítica, foi fundamental para uma releitura das práticas (re)produzidas, até então, como fazeres sem reflexão e a margem de uma identidade social.¹⁸

Para dentro do território, o movimento de ressignificação e transformação dos saberes e das práticas em andamento, tomaram consistência quando articulou-se com a SITEC/ INCA, uma autoridade no assunto e sede do laboratório que processava o material coletado, numa parceria na rede assistencial e colaborativa.

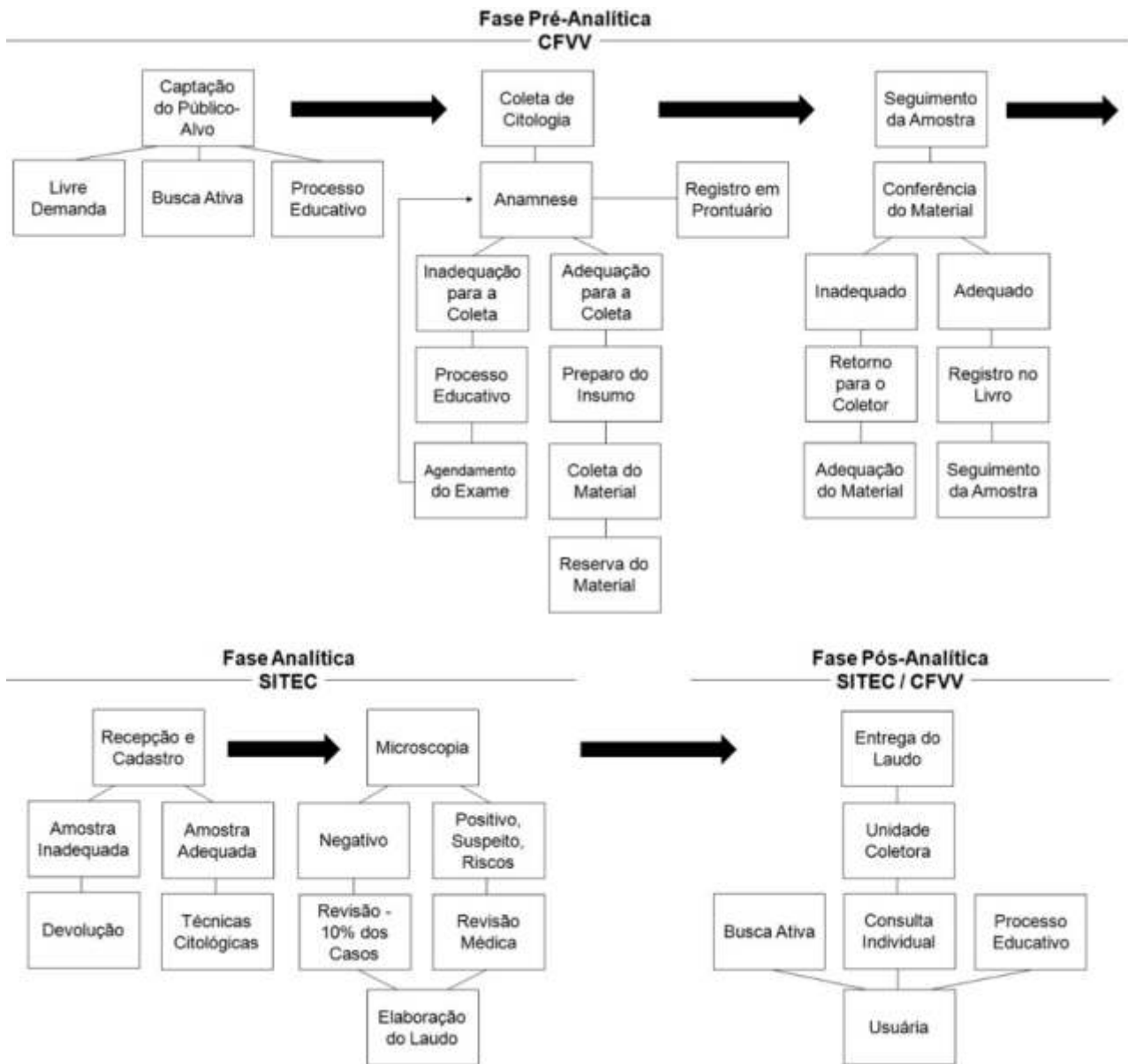
Esta aproximação aconteceu através do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Citopatologia. A parceria proporcionou a ampliação do olhar sobre a prática de cada lado do processo, de forma complementar, reflexiva e crítica, sobretudo na articulação das ações, de modo a garantir maior empenho profissional para um cuidado mais próximo da integralidade.

Aos alunos foi oportunizado experienciar a chegada da mulher ao exame, a coleta do material e o encaminhamento ao laboratório. Os profissionais puderam visitar a SITEC, se apropriar de cada etapa e percurso processual do material coletado até a emissão dos laudos.

Esta singularidade na construção compartilhada dos saberes e práticas provocou na essência do processo de trabalho, em ambos os espaços, apropriações, desalienações, autonomia, compromisso, corresponsabilização, qualidade, e capacidade resolutiva.

Deste movimento, produziu-se dois desfechos que passaram a nortear os parâmetros no rastreamento do câncer de colo na mulher atendida na CFVV, como resposta às necessidades de qualificação do serviço. O primeiro foi a construção do fluxograma que apontou as ações distribuídas nas etapas de rastreamento, imprimindo uma representação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, no âmbito da ABS (Figura 1).¹⁰

Figura 1. Fluxograma de Coleta de Material Citológico para Rastreamento de Câncer do Colo do Útero.



Fonte: os autores, 2017.

As etapas utilizadas didaticamente como recurso estrutural hierarquizado serve apenas à organização interna da CFVV, sem o compromisso de estabelecer qualquer relação de gerência sobre o programa nacional.

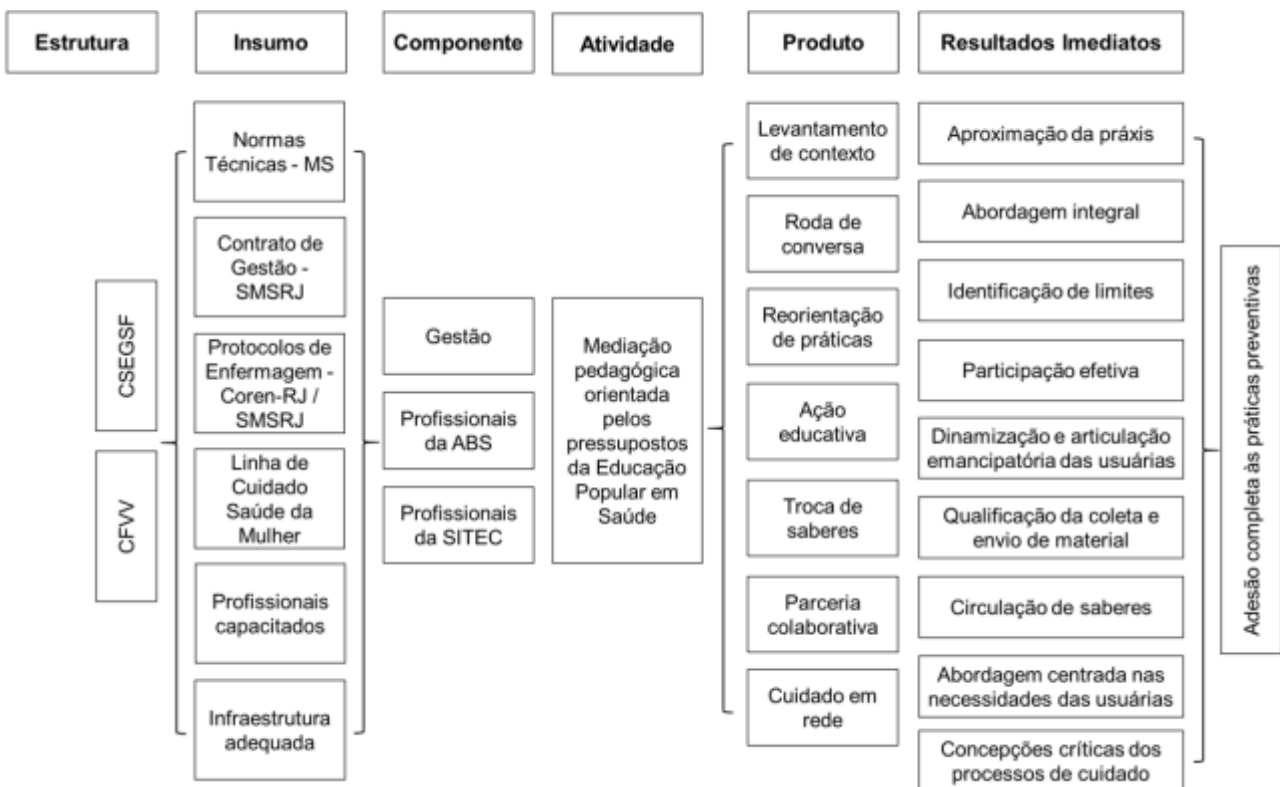
Como apresentado no fluxograma, a primeira

etapa corresponde as ações desenvolvidas pelos profissionais da CFVV, ainda no território. Esta foi compreendida como o momento de captação e acolhimento da mulher, coleta e encaminhamento do material para análise. A etapa seguinte, representada pelas ações de recepção e análise do material

coletado, são desenvolvidas pela SITEC. E a última, tem um caráter híbrido sob o aspecto da responsabilidade pelas ações, quando diz respeito a emissão dos laudos e notificação da unidade coletora pela SITEC. Após a divulgação dos resultados, ainda existe um momento intermediário que designa o seguimento processual do caso, conectando-se ao início como um fluxo contínuo, particularizado a cada mulher.

O segundo desfecho representa um amadurecimento do processo de cogestão pelo compartilhamento dos saberes dentro de uma perspectiva crítica. Trata-se de um modelo lógico que representa todo o esforço para atribuir qualidade às práticas de cuidado a saúde da mulher, no tocante o rastreio do câncer de colo do útero, levando em consideração as peculiaridades do território (Figura 2).

Figura 2. Modelo Lógico do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero do Teias Escola Mangunhos/RJ.



Fonte: os autores, 2017.

Em destaque no modelo lógico, pode-se apontar os produtos como responsáveis pelo alcance deste amadurecimento a partir da mediação pedagógica orientada pelos pressupostos político-metodológico da EPS. Foram trabalhados o levantamento do contexto a que se insere a temática, realizada rodas de conversa com todos os seguimentos implicados, reorientação de práticas dos profissionais da CFVV, propostas de ações educativas no território e na unidade de saúde, parceria colaborativa com o INCA e cogestão do cuidado.

Como resultados desta mediação, observados no cotidiano do trabalho, identificou-se práticas reflexivas, inclusivas e contextualizadas, com uma abordagem mais abrangente, favorecendo a autonomia das usuárias e respeitando os limites e possibilidades próprias do nível da atenção. A qualidade do material encaminhado a SITEC foi observada como resposta positiva da interação entre os serviços CFVV e INCA, no compartilhamento de saberes.

A magnitude do programa de prevenção do câncer de colo do útero é alcançada quando se garante organização, integralidade e qualidade dos serviços, bem como a captação, tratamento e seguimento das mulheres. No Brasil, de acordo com dados publicados de 2005 a 2009, a sobrevivência nesse período obteve melhora alcançando o marco de 61%.¹²

As reflexões de fundo

A reflexão histórico-crítica contextualizadora dos saberes compartilhados entre os atores envolvidos proporcionou a apropriação da realidade e das bases do processo de cuidado à mulher, gerando transformações e construtos firmes à tomada de decisão. O reconhecimento da condição dominante enfrentada como processo de transformação, mesmo em contexto de fragilidade no processo de trabalho, gerou conhecimento e robustez na condução do cuidado integral e qualificado.

O trabalho da Atenção Básica à Saúde

O campo da saúde coletiva se configura como um campo interdisciplinar, onde os saberes e práticas expressos nas ações desenvolvidas pelos profissionais da ABS se revelam pelo diálogo articulado entre profissionais e usuários, numa relação interdependente das necessidades de saúde e problemas oriundos de um contexto sociopolítico e econômico que modula e impacta diretamente nos coeficientes de saúde da população.¹⁹

A atuação das equipes de saúde na ABS tem sido regulada por situações ou casos que expressam diferentes níveis de complexidade, até mesmo pela própria natureza do objeto. A saúde como uma produção essencialmente social e constituinte de um conjunto de fatores que determinam seu equilíbrio dinâmico no contraponto com o adoecimento, se estabelece

como um fazer que requer múltiplos olhares, saberes e práticas, para que seja reconhecida o mais próximo da sua singularidade¹⁹, o que não, necessariamente, se aproxima do olhar de gestores e governantes.²⁰

A despeito de todo um conjunto de políticas públicas de saúde que visam a garantia de direitos, Manguinhos anda na contramão e caminha a passos curtos atrás da sua dignidade carioca. Há uma urgência em se produzir saúde a partir das necessidades individuais e coletivas dos usuários, sob uma estrutura de serviços articulados, implicada com as questões do território ampliado, numa perspectiva teórico-reflexiva que aponte mudanças paradigmáticas nos modos do fazer saúde, ao revés da hegemonia médica, na ótica do usuário centrado.²¹

Neste contexto, temos hoje como ameaça a presença crescente de doenças crônicas não transmissíveis, tornando um desafio e exigindo olhares cada vez mais atentos sobre os modos de produção da saúde, não só, mas especialmente sobre a mudança no perfil demográfico da população.^{20,22,23}

A coordenação do cuidado, proposta à ABS como ordenadora das redes de assistência, pode ser o caminho à recuperação deste processo em sua complexidade, apesar do restrito apoio da gestão em compreendê-la como estratégia prioritária que assuma um papel central no reordenamento do sistema de saúde.^{20,23}

O compartilhamento da gestão do cuidado na ABS tem sido a forma de operacionalizar o fortalecimento deste nível assistencial no SUS e instituir estratégias da atenção em rede. A garantia de um cuidado integral, regionalizado, longitudinal e contextualizado pode ser a chave para um enfrentamento menos polarizado e imediatista, com chances propositivas de uma transformação mais sólida.

No entanto, o compartilhamento do cuidado pode ser mais efetivo a medida que se assume a dialética¹⁷ como dispositivo primordial na relação entre o território, seus sujeitos histórico-sociais, com os profissionais, que desenvolvem as práticas em saúde, numa proposta concreta de ruptura com as particularidades tecnocrata, dicotômica e opressora do *modus operandi* do modelo hegemônico.²⁴

A Educação Popular em Saúde como proposta mediadora

As práticas de atenção à saúde na ABS têm a finalidade de se aproximar cada vez mais da realidade das pessoas e comunidades, das suas formas de vida e cultura. Este é um desafio para os profissionais que atuam junto aos territórios populares que, possuem formas diferentes da população na construção de valores, interesses e modos de organizar o pensamento e sua rotina de vida.^{19,24} Conforme Valla²⁵, “os profissionais e a população não vivem a mesma experiência da mesma maneira.” (p.36)

A contingência na revisão dos saberes e práticas aplicados a esta realidade está diretamente ligada a percepção errônea de que o saber popular imita o saber profissional, tomando este último como referência. A distinção está na forma de produção do pensamento, quando o saber popular advém da experiência concreta, diferentemente do profissional. Assim, não há insuficiência no saber popular, apenas diferença.²⁵

A proposta na revisão das práticas do cuidado, como no caso de Manguinhos, referenda a compreensão do cuidado como uma prática integral que respeita e valoriza a singularidade de cada sujeito, o que no âmbito da EPS requer uma dimensão educativa e pedagógica propositora de uma práxis emancipatória.^{19,24,26}

A EPS numa perspectiva metodológica preza pela participação dos sujeitos como protagonistas, numa relação afetiva, dialógica, reflexiva, criativa e autônoma.²⁶ Ainda pode ser acrescentado o reconhecimento do acúmulo histórico no saber popular.²⁴ Busca uma organização que valoriza a cultura local regional, as expressões artísticas e o envolvimento de outros setores no enfrentamento cotidiano dos problemas. Seu propósito se estabelece sobre um agir educativo alicerçado em fundamentos teórico-metodológicos que sustentam a participação ativa e a capacidade de produzir novos sentidos nas relações entre as necessidades da população.²⁶

Cabe ainda destacar, que o envolvimento da EPS na modificação do processo de trabalho adensa

uma construção do senso crítico, onde os sujeitos entendam, se comprometam, sintam-se capazes de elaborar propostas, reivindiquem e transformam-se. É muito além da popularização da complexidade, é um coletivo de produção e socialização de saberes, capacitando à uma leitura crítica da realidade sócio-econômica-política-cultural em busca da transformação.^{25,26}

O sentido popular atribuído ao processo educativo está na dimensão política na qual se trabalha com a população, e não pela referência ao público. Não se trata de um fazer para o povo e sim com ele, colocando-se a serviço dos seus interesses, especialmente as classes populares e oprimidas, como as mulheres de Manguinhos.²⁴

A maneira pela qual elegeu-se a EPS como mediadora dos processos de transformação no cuidado a mulher atendida na CFVV está na contradição²⁴, ponto de partida para a interpretação do seu contexto e suas necessidades, na forma de abordagens coletivas e dialógicas.

Gestão e práticas colaborativas

O permanente diálogo da EPS com as políticas públicas requer o reconhecimento da legitimidade das suas ações com o intuito de incentivar à participação popular e o fortalecimento do controle social, bem como na construção da gestão participativa.²⁶

O anseio de modificar as formas de abordagem às mulheres no âmbito da saúde integral, que

viesses a favorecer uma escuta qualificada, a recuperação do seu protagonismo nos processos decisórios, a ampliação das lentes do saber profissional, e garantir processos dialógicos e participativos na condução terapêutica, foram as bases que sustentaram a construção da rede colaborativa no apoio e instrumentalização do processo de trabalho na CFVV. A participação popular e a decisão pela gestão participativa no gerenciamento da unidade fortaleceram todo o processo.

O desafio de compartilhar práticas na busca da integralidade do cuidado se aproxima, inicialmente, pelo trabalho em equipe, sobretudo na integração dos saberes próprios da formação profissional de cada componente, até aqueles oriundos do processo de trabalho instituído, hierarquizado, que muitas vezes dificultam o trabalho interdisciplinar. Sem deixar de lado a preocupação com a organização dos serviços de saúde, cenário em que se desenvolvem as ações de cuidado, planejamento e gestão.¹⁹

Pensar a integralidade nas ações em saúde como resposta a fragmentação do cuidado envolve práticas colaborativas e interdisciplinares que, para além da reunião de diferentes disciplinas, é necessária uma construção que rompa com o pensamento hegemônico, característico de um paradigma hierárquico e fragmentário do saber.¹⁹

Nesta perspectiva, o NASF traz na sua constituição elementos que corroboram com a integralidade, em especial pelo apoio matricial,

intencionalmente para ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABS, bem como sua resolubilidade. A responsabilização compartilhada com as equipes da ESF sobre o território de abrangência fortalece seus princípios e o papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.¹⁸

A transformação do olhar sobre as ações na Clínica da Família, refletido em parceria com o INCA, possibilitou a troca de impressões, cooperação mútua, reconhecimentos necessários e imprescindíveis a boa prática do cuidado.

Ambos ambientes, como espaços de troca e produção de práticas de saúde, se colocam como territórios de subjetivação, comprometendo-se com a formulação de sentidos para as suas práticas, possibilitando um intercâmbio colaborativo na ótica da cogestão.²⁷

Considerações finais

Concluimos que o diálogo das normas técnicas com o contexto local, mediado por uma parceria colaborativa sob a proposta crítico-reflexiva, transformou em práxis a coleta de material citopatológico para o rastreio de câncer de colo do útero das mulheres em Manguinhos, qualificando o processo e promovendo a expansão desta proposta aos serviços e instituições parceiras como gestão compartilhada do cuidado. Da mesma maneira que as ações educativas que envolvem todo o processo tomaram proporções mais qualificadas e contextualizadas à situação local.

Referências

- ¹ Jara. OJ. A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis. Brasília, DF: CONTAG, 2012.
- ² Manguinhos: Histórias de Pessoas e Lugares [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz. Laboratório Territorial de Manguinhos. Disponível em <<http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/>>. Acesso em: 13 de setembro de 2018.
- ³ Governo do Rio de Janeiro. Informação pública. PAC comunidade Complexo de Manguinhos - urbanização [internet]. Rio de Janeiro: Governo do Rio de Janeiro. Governo do Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.rj.gov.br/web/informacaopublica/exibeconteudo?article-id=1036918>>. Acesso em: 13 de setembro de 2018.
- ⁴ Theme Filha MM, Dumas RP, Alves LC, et al. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20(2): p.169-76.
- ⁵ Schütz G, Pivetta F, Engstrom E. Contextos do Teias-Escola Manguinhos. In: Carvalho, MAP, Pivetta F (orgs.). O território integrado de atenção à saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes! Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2012. p.25-37.
- ⁶ Matos M, Souza RM. A formação de um conselho local de saúde. In: Santos, IS, Goldstein RA (orgs.). Rede de pesquisa em Manguinhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS. São Paulo: Hucitec, 2016.
- ⁷ Engstrom E, Fonseca Z, Leimann B (Orgs.). A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP: 2012.
- ⁸ Raiher AP. Condição de Pobreza e a Vulnerabilidade da Mulher Brasileira. *Informe Gepec, Toledo*, 20(1), jan./jun. 2016; . p. 116-128
- ⁹ Engstrom EM, Teixeira MB. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil, "Street Clinic" team: care and health promotion practice in a vulnerable territory. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1839-48, 2016.
- ¹⁰ Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. - 2. ed. Rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- ¹¹ Horta ALA. Citologia em meio líquido na prevenção do câncer de colo do útero. *Inovar Saúde - Revista Médica*, 2015. p.54-62.
- ¹² Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. - Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- ¹³ Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Atlas On-line de Mortalidade [internet]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 08 de novembro de 2019.
- ¹⁴ Gamboni M, Miziara EF. (edts). Manual de Citopatologia Diagnóstica. São Paulo: Manole, 2013.
- ¹⁵ Machado LM. HPV, câncer do colo uterino e seus fatores de risco para o acometimento. [Monografia]. Faculdade Boa Viagem e Centro de Consultoria Educacional, Recife, 2015.
- ¹⁶ Bonetti OP, Chagas RA, Siqueira TCA. A Educação Popular em Saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.16-24.
- ¹⁷ Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- ¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- ¹⁹ Acioli S. Formação em saúde da família: um diálogo entre saberes e práticas. In: Dias PRV, Rendeiro MMP, Costa MH. Intervenções possíveis no território - práticas em saúde da família no SUS. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2015. p.53-65.
- ²⁰ Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), Enero-febrero, 2014, p.343-52
- ²¹ Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p.68-94.

²² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

²³ Aoki M, Batista MPP, Almeida MHM. Desafios do cuidado em rede na percepção de preceptores de um Pet Redes em relação à pessoa com deficiência e bebês de risco: acesso, integralidade e comunicação. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, 25 (3), p.519-32, 2017.

²⁴ Stotz EM, David HMSL. Educação Popular e Saúde. In: Soares CB, Sivalli CM. Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de Enfermagem. Ed. Manole, 2013.

²⁵ Valla, VV. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 35-48.

²⁶ Pulga VL. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.123-46.

²⁷ Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p.338-61

Submissão: 11/08/2019

Aceite: 06/03/2020