

ESPERANÇA DO VERBO ESPERANÇAR: FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS COMUNITÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PAULO FREIRE II

Autoras

Tamiris Cardoso Costa¹
Letícia Hobold Kammer²
Thalita da Silva Felisberto³
Dipaula Minotto da Silva⁴

Resumo

O conceito de saúde abarca uma amplitude de sentidos e práticas atravessados pelo campo social, histórico e cultural, rompendo com a noção de saúde como ausência de doença. Assim, a saúde não pode ser entendida dissociada da garantia de condições dignas de vida, como o direito à alimentação, moradia, educação, renda, dentre outros aspectos que constituem os determinantes sociais de saúde. É no território que todos esses fatores se associam e produzem saúde e doença. Sendo assim, o objetivo deste projeto de extensão é promover o fortalecimento dos vínculos comunitários para a promoção da saúde, contribuindo para o desenvolvimento comunitário, construção de autonomia e exercício da cidadania como proposta freiriana. Para atingir tal objetivo, ampara-se a metodologia no mapeamento psicossocial participativo, como forma de representação deste lugar e suas relações. Esta técnica foi dividida em três momentos: 1) aproximação da comunidade, 2) aprofundamento do mapeamento psicossocial participativo e 3) ações de educação em saúde. Pretende-se com este trabalho, apresentar os resultados obtidos nas etapas I e II. Foi possível verificar a fragilidade existente nas relações comunitárias entre os equipamentos públicos, bem como, entre os serviços e a comunidade em geral, bem como, a dificuldade do reconhecimento de outros espaços e serviços como atuantes na rede de promoção à saúde, como por exemplo, as escolas e o serviço da Assistência Social, e a precariedade na articulação desta rede. Para a comunidade, identificou-se o contato com a rede de saúde a partir de uma perspectiva biomédica assistencial, com maior procura na atenção terciária. Além disso, circulam neste espaço outras compreensões em relação à saúde, como o acesso à alimentação, renda e moradia. Como potencialidades deste território, aponta-se as trocas potentes entre a comunidade, a qual vivencia este território a partir da apropriação dos espaços, da relação de ajuda mútua e da organização de eventos comunitários.

Palavras-chave: mapeamento psicossocial; promoção de saúde; território; interdisciplinaridade.

¹ Graduanda no curso de Psicologia na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - cardosocostatamiris@gmail.com

² Graduanda no curso de Psicologia na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - leticia_kammer@unesc.net

³ Graduanda no curso de Psicologia na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - felisbertoth@gmail.com

⁴ Mestra em Saúde Coletiva (UNESC); Docente na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - dms@unesc.net / dipaulaminotto@yahoo.com.br

Resumen

El concepto de salud engloba un abanico de significados y prácticas atravesadas por el campo social, histórico y cultural, rompiendo con la noción de salud como ausencia de enfermedad. Así, la salud no puede entenderse al margen de la garantía de condiciones de vida dignas, como el derecho a la alimentación, de hogar de la gente, la educación, los ingresos, entre otros aspectos que constituyen los determinantes sociales de la salud. Es en el territorio donde todos estos factores se asocian y producen salud y enfermedad. Por tanto, el objetivo de este proyecto de extensión es promover el fortalecimiento de los lazos comunitarios para la promoción de la salud, contribuyendo al desarrollo comunitario, construyendo autonomía y ejerciendo la ciudadanía como propuesta freiriana. Para lograr este objetivo, la metodología se apoya en el mapeo psicosocial participativo, como una forma de representar este lugar y sus relaciones. Esta metodología se dividió en tres etapas: 1) abordaje comunitario, 2) profundizar mapeo psicosocial participativo y 3) acciones de educación en salud. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos en las etapas I y II. Se pudo constatar la debilidad existente en las relaciones comunitarias entre los equipamientos públicos, así como entre los servicios y la comunidad en general, así como la dificultad de reconocer otros espacios y servicios como activos en la red de promoción de la salud, por ejemplo, las escuelas y el servicio de Asistencia Social, y la precariedad de la articulación de esta red. Para la comunidad, el contacto con la red de salud se identificó desde una perspectiva de atención biomédica, con mayor demanda de atención terciaria. Además, en este espacio circulan otros entendimientos sobre la salud, como el acceso a la alimentación, ingresos y vivir. Como potencialidad de este territorio, se señalan los poderosos intercambios entre la comunidad, que vivencia este territorio a través de la apropiación de espacios, la relación de ayuda mutua y la organización de eventos comunitarios.

Palabras-clave: mapeo psicosocial; promoción de la salud; territorio; interdisciplinariedad.

1. Problematização

O Congresso Internacional de Cultura e Educação para a Integração da América Latina (CEPIAL) visa trazer à discussão experiências, saberes e diálogos entre diversos atores sociais, que tenham propostas alternativas de desenvolvimento. No presente trabalho, soma-se a sua iniciativa de construção de uma rede de atores sociais, através da conexão e da territorialização de experiências e conhecimentos que possibilitem ações potencializadoras da autonomia social e de valorização social.

Para a proposta, torna-se importante manter a crítica com relação a ciência corporativa e instituições formais de representação política. Cabe investigar como a capacidade de mobilização dos bens ou recursos das comunidades locais é significativa e potencializadora de estratégias de construção de autonomia socioambiental, dentro de vários eixos temáticos.

Neste trabalho, busca-se apresentar o relato experiência e o resultado parcial do projeto de extensão universitária, que teve início em março de 2021. “Esperança do verbo Esperançar” visa potencializar o fortalecimento dos vínculos comunitários para a promoção da saúde, partindo da noção de esperança freireana - de esperança enquanto verbo - não esperar, mas esperançar. Para tanto, compreende como essencial o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos presentes no território na construção deste processo. Vêm articulando as várias instâncias do território, tal como lideranças comunitárias, serviços públicos de saúde e socioassistenciais e outros nas comunidades Paraíso e Tereza Cristina. Os trabalhos se dão de forma interdisciplinar, envolvendo discentes e docentes das áreas da psicologia, serviço social e farmácia.

Compreende-se que para além da ausência da doença, a saúde engloba fatores muito mais amplos e que se estendem para diversos âmbitos, a exemplo disso, são considerados saneamento básico, moradia, alimentação, acesso à educação e renda. Reconhecendo que estes e outros aspectos são fundamentais para a qualidade de vida e o bem viver dos sujeitos. Ou seja, o conceito de saúde tem direta relação com o estudo dos Determinantes Sociais em Saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) se mostram como fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nas doenças e nos fatores de risco de determinada população. Busca-se então na comunidade as potencialidades e as fragilidades presentes, compreendendo como que se relacionam com os processos de saúde/doença no território, uma vez que é no território que estas dimensões se materializam.

Partindo das ideias de Freire (1987), a relação dialógica entre a comunidade e a universidade se torna essencial para as transformações necessárias, uma vez que é no território que se encontram os atores dos processos de saúde e doença. Ao atrelar a promoção de saúde às ações comunitárias, a dialogicidade é basilar, sendo este um ponto de partida para as atividades propostas. O diálogo é dispositivo que possibilita o desenvolvimento de educação libertadora, na qual a autonomia dos agentes sociais seja incentivada. Não se trata de fazer ou falar sobre a comunidade, mas sim falar e fazer com ela, pois somente assim é possível a autonomia. Trata-se neste estudo que se baseia na horizontalidade necessária ao diálogo. Com isso, implica um cuidado indispensável com a não reprodução de uma educação bancária, por isso, buscando produzir ações de educação em saúde na perspectiva libertadora, como aspecto fundamental.

Busca-se no território, fortalecer o contato com a comunidade, partindo do princípio que o diálogo não se esgota e com ele é possível compreender as representações que a comunidade tem sobre saúde. Trata-se de uma compreensão plural e complexa sobre o tema, que variam de acordo com as condições, com os sujeitos e suas relações com o local onde vivem. Conhecer e compreender a noção de saúde a partir do território, dos seus olhares, buscando tecer uma relação horizontal, tem sido o modo de trabalho durante o primeiro ano de projeto. Pretende-se, com isso, criar laços afetivos e solidários que possibilitem promover movimentos que somem nas transformações no local, facilitando o processo de desenvolvimento da comunidade e o bem viver dos sujeitos.

2. Desenvolvimento

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído a partir das inúmeras mobilizações sociais, acadêmicas e comunitárias no contexto da Reforma Sanitária desde 1970. Surge a partir do conceito de saúde que rompeu com a lógica mera da ausência de doenças e vinculada a noção de complexidade. Destaca assim, na Constituição Federal, que saúde resulta das condições de moradia, alimentação, saneamento básico, educação, renda, dentre tantos outros aspectos fundamentais para a qualidade de vida e o bem viver da população brasileira.

Neste sentido, Filho (2011) aponta que o conceito de saúde é um dos 'pontos cegos' paradigmáticos das ciências da saúde, pois considera que os processos saúde e doença são processos sociais e por isso históricos, complexos, fragmentados, orgânicos, corporais,

conflitantes, dependentes e incertos. Esse conhecimento, advindo da vida real, auxiliou a construção teórica sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) que são caracterizados pelos fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nas doenças e nos fatores de risco das populações (BUSS et al, 2007).

Segundo Barata (2009) para que seja possível compreender, a luz da ciência, como as desigualdades sociais em saúde operam na vida das pessoas, são apresentadas quatro teorias: a teoria estruturalista (quando a renda determina a saúde), a teoria psicossocial (quando as desvantagens sociais são fontes de stress e desencadeadora de doenças), a teoria da determinação social do processo saúde-doença (quando a classe social e a reprodução social determinam a doença) e a teoria ecossocial (quando se torna impossível desvincular os aspectos biológicos, psíquicos e sociais).

Neste sentido, o território das comunidades é o lócus privilegiado da manifestação de todos estes componentes da saúde. Para Milton Santos, importante geógrafo negro, o território se caracteriza como um “conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como um quadro único no qual a história se dá” (SANTOS, 2004, p.63). Neste relato, duas comunidades do território Paulo Freire II constituem o lócus da ação desenvolvida neste projeto.

Para pensar em promoção da saúde como ação comunitária, faz-se necessário partir do conceito de dialogicidade de Paulo Freire. Entende-se o diálogo como fenômeno humano que se manifesta na ação – reflexão. Para o autor, “não há palavra verdadeira que não seja práxis” (1987, p. 77). Nesta teoria, Freire oferece uma proposta de reflexão sobre a palavra e seus sentidos na condição humana, mas antes de tudo, na condição de agentes da educação libertadora. Se a ação educadora é uma ação libertadora, a palavra é a ferramenta essencial deste processo. Nesta vertente, o diálogo é compreendido como um trabalho de promoção de autonomia, de protagonismo. Trata-se de uma ação que busca garantir o direito do outro – não pelo outro, mas com o outro.

Freire (1987) diz que, a menos que a relação seja de dominação, o diálogo não se esgota na relação “eu-tu”, pois a relação é permanentemente mediatizada pelo mundo. Neste sentido, a saúde tem representações diferentes em diferentes populações, famílias, sujeitos. A construção de autonomia quando o assunto é saúde, trata, inicialmente, em identificar no diálogo, as representações sobre saúde que o território produz. Por isso, é essencial conhecer as características do território a partir do olhar dos sujeitos que o constituem, reconhecendo assim as necessidades e potencialidades para a produção de saúde e doença estabelecidas nas relações. O diálogo – enquanto pronúncia do mundo – prescinde de alguns atributos: amor, humildade, fé, esperança e o pensar crítico. De modo que, a autossuficiência é incompatível com o diálogo, e o diálogo pautado nestes atributos constroem relações horizontais.

A proposta metodológica inicial do projeto, tem sido o Mapeamento Psicossocial Participativo, que vem ao encontro do preceito freiriano de “fazer com”, como base da educação libertadora, durante todo o ano de 2021. Para 2022, tem-se como proposta, a mobilização de moradores/as, lideranças comunitárias, serviços públicos de saúde e rede socioassistencial, para ações de educação popular em saúde. Esta iniciativa fortalece a prerrogativa da Resolução 27 do CNAS (2011) que indica a necessidade de construir espaços para a “defesa dos direitos

socioassistenciais, com o fortalecimento da organização, autonomia e protagonismo” das pessoas.

Considerando a extensão universitária como espaço formativo, este projeto se configura como um laboratório vivo, pois colabora para que futuros/as profissionais não caiam nas armadilhas da educação bancária no campo da saúde, alertando quanto aos riscos da conquista dos oprimidos com seus slogans. A isto Freire (1987) chama de invasão cultural, que por mais “boa intenção” que possa ter, não é promotora de libertação / protagonismo. Neste sentido, a extensão busca a vivência dos estudantes no projeto com base em estudos e em constante troca a partir das experiências de contato com territórios que sobrevivem diante de tantas vulnerabilidades. Além disso, o projeto caracteriza-se por uma iniciativa interdisciplinar, que baseada nos preceitos freirianos, aliados à saúde coletiva, a fim de construir junto à comunidade possibilidades de autonomia para a promoção da saúde na comunidade.

Nesta perspectiva interdisciplinar, compreendemos que o Serviço Social tem o arcabouço teórico-metodológico e técnico-operativo que fortalece a extensão universitária, neste diálogo entre a comunidade e a academia. Já a Psicologia, oferta a partir de seu ferramental, a possibilidade de desenvolver leitura sobre as relações e, simbólica e concretamente, operar no campo das subjetividades. A Farmácia oferta o foco no paciente/usuário, tanto individual quanto coletivo, visando o uso racional de medicamentos e demais tecnologias que promovam saúde.

Bem, se “os homens, ao contrário dos animais, não somente vivem, mas existem, e sua existência é histórica” (1987, p. 89), é preciso que o homem, se reconheça nesta condição histórica, na noção de continuidade histórica. Assim, Freire (1987), faz um convite para compreender que no planejamento deste projeto, precisa-se contemplar possibilidades de romper com os ciclos transgeracionais de vulnerabilidades que incidem sobre a saúde das pessoas, através da construção de autonomia.

O cenário de realização do projeto está localizado na região de abrangência do Território Paulo Freire II, nas comunidades Paraíso e Teresa Cristina. Nestes territórios, mobilizou-se a participação dos serviços de saúde, rede socioassistencial, e demais serviços públicos e/ou comunitários. O público-alvo do projeto têm sido os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, Rede Socioassistencial (Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, entidades de assistência social do terceiro setor), lideranças comunitárias, bem como a comunidade em geral.

A proposta metodológica teve como base referenciais Freireanos (2005, 2006, 2007, 2011), sendo uma das estratégias principais o Mapeamento Psicossocial Participativo (LIMA; BONFIM; 2012), que se caracteriza como uma abordagem da Psicologia Comunitária – que por sua vez, tem a educação popular com um de seus pilares, junto ao arcabouço da psiquiatria comunitária. Ao realizar o mapeamento no contexto comunitário:

“(…) tenta-se utilizar um instrumento que traga o máximo possível de elementos relacionados ao lugar, suas pessoas, como vivenciam, como é seu modo de vida. É psicossocial por envolver aspectos subjetivos e sociais. Isto não acontece de maneira dicotômica, mas percebendo os aspectos na sua totalidade, como, por exemplo, a afetividade, as desigualdades sociais e a exclusão. [...]. Neste sentido, acrescentamos a perspectiva da participação, pois o

mapeamento deve ser realizado cooperativamente com ênfase no social, psicológico e ambiental. (LIMA e BONFIM, 2012, p. 682 e 683).

A metodologia do projeto, se configura em três etapas, sendo de mapeamento psicossocial participativo (Etapa I e II) e desenvolvimento de ações de educação em saúde no território (Etapa III). Atualmente, o projeto encontra-se na finalização da Etapa II. Na etapa I, a equipe de extensionistas do projeto se debruçou em conhecer a comunidade e no estudo do referencial metodológico para construção do mapa do território. Neste sentido, foram estabelecidas rotas de diálogos, tais como: a identificação dos serviços de saúde, educação e assistência social, dos projetos e programas existentes, das lideranças do bairro, a fim de identificar as necessidades e potencialidades genéricas que afetam a saúde desta população. Esta identificação ocorreu no primeiro semestre, a partir da interação com as Agentes Comunitárias de Saúde das ESFs da região, das escolas e demais serviços.

Nesta primeira etapa, as principais ferramentas de contato foram a investigação e sistematização das informações, através do mapa do território, do diário de campo e do registro fotográfico. De acordo com Buss e Filho (2007), as categorias mapeadas são aquelas que ajudam a compreender a vida das pessoas no território, no que diz respeito aos processos de saúde e doença, sendo suas categorias correspondem aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Para que seja possível a compreensão do território, além destas principais ferramentas de contato, realizou-se também a elaboração de um roteiro que guiou a visita no território através de visitas, reuniões presenciais e/ou on-line, participação em atividades do território como eventos locais, festividades etc. Durante estas atividades fez-se uso da observação participante como técnica para a coleta dos dados.

Na etapa II, realizada no segundo semestre de 2021, os dados do mapeamento da etapa I foram aprofundados. A proposta metodológica do Mapeamento Psicossocial Participativo compreende que é essencial partir das relações estabelecidas no território para identificar as potencialidades e fragilidades do mesmo. Para Lima e Bonfim (2012), esta proposta metodológica, por ser participativa, promove a inserção e a reinserção com a comunidade, ou seja, inclui levantamento de dados de ordem documental sobre a comunidade, bem como a caminhada na comunidade e a problematização das demandas da comunidade pelos moradores/as. Nesta etapa, realizou-se um mapeamento psicossocial com a comunidade em geral, a fim de compreender como a comunidade entende o conceito de saúde e como cuidam da sua saúde. Os resultados das etapas I e II e seus apontamentos para a etapa III do projeto serão detalhados a seguir.

3. Resultados

O mapeamento psicossocial participativo reflete o estado constante de transformação inerente ao território e às relações comunitárias. Sendo assim, o mapeamento não cessa de se constituir, pois, os sentidos e as vivências partilhadas neste território produzem e definem as relações estabelecidas com este lugar, entre as pessoas, considerando seus aspectos subjetivos e sociais.

O projeto deu início às suas atividades no mês de março de 2021, e seguirá até fevereiro de 2023. Importante salientar que este início se deu em período pandêmico, com constantes mudanças nas matrizes epidemiológicas e com risco gravíssimo de contaminação. Desta forma, o projeto teve de se adequar à esta realidade. Inicialmente, o projeto focou em atividades que pudessem ser feitas em *home office*, diminuindo o risco de contaminação e propagação do vírus Sars-cov2 (COVID-19). Após alguns meses, iniciamos algumas saídas de campo tomando todos os cuidados possíveis, como o uso de álcool em gel, distanciamento social, e o uso de máscaras. Durante todo o período no território, a pandemia demonstrou suas marcas nas relações sociais, portanto, evidencia a importância de localizar o projeto em seu espaço-tempo.

Assim, em *home office*, realizamos atividades visando o cumprimento do cronograma, sendo no primeiro semestre o mapeamento psicossocial etapa I, marcado por um reconhecimento inicial e genérico do território. Desta forma, semanalmente realizamos uma reunião com todos os participantes do projeto para a organização das atividades feitas e atualização do cronograma. Realizamos, também, alguns encontros abertos para o estudo de Paulo Freire, importante autor que temos como base em toda fundamentação do projeto. Desta forma, as falas, a postura, e as ações do projeto foram pensadas na horizontalidade das relações, na superação do poder biomédico, nas ações de educação popular, sempre priorizando as ações a partir das relações e dos conhecimentos já estabelecidos no território, e propondo as mudanças sempre em conjunto com a comunidade, e no ato de “esperançar”, como verbo de ação. Estes encontros abertos foram realizados através da plataforma google meet, e contamos com a participação de professores, alunos, e representantes da diretoria de extensão da universidade, expandindo as formas de conhecimento de Paulo Freire.

Ainda em *home office*, realizamos a caracterização dos serviços, programas, e projetos que estão presentes na comunidade. Esta caracterização foi feita por pesquisa na internet e conversa por telefone ou whatsapp com algumas agentes comunitárias em saúde. Nesta etapa, identificamos no território a presença de duas escolas, uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Nas escolas, destaca-se falas sobre as violências que envolvem o tráfico de drogas, negligência e dificuldades que permeiam a vulnerabilidade social de alguns pontos da comunidade como a fome e a pobreza. Desta forma, as escolas fazem um trabalho importante com as crianças e adolescentes do bairro. Uma das escolas trabalha em período integral, oportunizando, no contraturno escolar, atividades lúdicas e criativas que estimulam o desenvolvimento humano para além do intelecto, pensando em processos de aprendizagem afetivos. Esta escola acolhe crianças da educação infantil e ensino fundamental I. A segunda escola trabalha com ensino fundamental I e II, em um período, e oferece também o ensino para jovens e adultos, ampliando o acesso à educação para este público. Ambas escolas abriram espaço para o grupo atuar, sendo esta uma importante potencialidade para o projeto.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) evidenciou o atravessamento da pandemia no modo de funcionamento do equipamento. O local estava constantemente movimentado e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) apresentaram alta demanda de trabalho, e evidenciou-se ausência de médico na equipe. Uma ACS fez uma caminhada pelo bairro com a equipe do projeto de extensão, apresentando características importantes do território, como: algumas áreas de

maior vulnerabilidade social e relações de trabalho de mulheres que trabalham na montagem de ganchinhos de roupas. A equipe do projeto sentiu-se bem recebida no território.

O CRAS da comunidade é referência também para vários outros bairros da cidade, portanto, evidencia a alta demanda de trabalho da equipe. Diversas dificuldades são encontradas, e entre elas, destaca-se a falta de cestas básicas para todos que necessitam. Ademais, junto ao CRAS, encontra-se também um projeto para crianças em situação de vulnerabilidade para manterem-as em atividades que promovem a criatividade e o desenvolvimento afetivo.

Foi realizado também mapeamento dos líderes comunitários e saída de campo para conversar com um antigo e histórico representante dos moradores. Nesse encontro, o morador demonstrou para as extensionistas diversas dificuldades encontradas na comunidade, destacando principalmente a falta de acesso à saúde e a fome. Ele é reconhecido pelos criativos protestos que fez, buscando ajudar os moradores da melhor forma possível, seja cobrando dos líderes políticos, seja distribuindo alimentação básica. Percebemos a importância de alguém ouvir tudo o que ele tinha para falar, pois está há muitos anos na luta por melhorias.

Realizamos, ainda, a busca pelo mapa do território, caracterizando as ruas e as localidades das características que fomos conhecendo com as caminhadas nas ruas e no reconhecimento do território. Esta etapa foi importante para desenvolver a apropriação do espaço pela equipe do projeto.

Nas reuniões do projeto, foram realizadas reflexões sobre as visitas e construção do mapa. Nestas, percebeu-se as relações comunitárias: uma fragilidade no diálogo entre os equipamentos públicos, com os serviços atuando sem colaboração um do outro. Além disso, evidenciou muito fortemente a dificuldade de pensar a saúde em outros espaços para além da ESF. Pensar, por exemplo, como as escolas influenciam na qualidade de vida das crianças e famílias que frequentam. Para além dessas fragilidades, vemos muito potencial na abertura das escolas, dos líderes comunitários e no CRAS para desenvolver atividades de forma conjunta.

A segunda etapa do projeto teve como direcionamento o objetivo de aprofundar os dados levantados na etapa I, a partir dos vínculos construídos com o território. Conforme a metodologia proposta, foram realizadas visitas de campo e entrevistas semi-dirigidas com líderes comunitários, moradores e profissionais das instituições da rede assistencial, caminhada pela comunidade, como também, o registro no mapa dos dados identificados até o momento.

De forma a visualizar e direcionar as ações do projeto na segunda etapa, tentamos sintetizar as informações conhecidas na etapa anterior. Assim, representamos nele, os equipamentos pertencentes à rede de saúde, assistência social e educação, como também as áreas de maior vulnerabilidade (apontadas pela ESF), organizações e outros projetos de referência no território e os espaços públicos. O mapeamento psicossocial participativo, neste sentido, não busca apenas representar seus equipamentos e estruturas sociais, mas captar os sentidos, vivências e saberes, estabelecidas nele. Assim, o mapa serviu como uma ferramenta de contato e reconhecimento deste espaço, constituindo-se como balizador das ações futuras do projeto e da comunidade em si.

Imagem: Mapa dos territórios com identificação dos locais visitados.



Fonte: equipe do projeto de extensão.

Como direcionamentos identificados para esta etapa, foram definidos a busca por uma maior compreensão dos processos de saúde/doença e sua relação com o território; o fortalecimento da presença do projeto na vida da comunidade, potencializando a observação participante; conhecer outros projetos atuantes; compreender a relação entre alguns serviços; e ampliar o contato com os moradores.

Realizamos mais uma visita na ESF da localidade, na intenção de compartilhar o processo de construção do mapa e nos certificarmos de algumas informações. Surgiu desse encontro, a problemática em relação à distribuição de vacinas e a dificuldade na efetivação da campanha, devido a questões como transporte e agendamento. Além disso, identificamos a unidade como um potente lugar para ações de promoção de saúde, contudo, conforme relatos, o maior desafio é em relação à participação e engajamento da comunidade.

Entendendo a importância do diálogo e do fazer com, como proposta metodológica freiriana, houve a necessidade de aproximar este contato com os moradores e desinstitucionalizar este olhar em relação ao território. A partir deste propósito, entramos em contato com a organização Casa do HipHop, a qual desenvolve um trabalho junto às crianças e adolescentes na promoção de cultura e lazer, com atividades como capoeira, dança, poesia e rap; Centro Comunitário e comunidade.

No trajeto até um destes encontros, que ocorreu no período noturno, percebemos a movimentação de muitos moradores, jovens e crianças pelas ruas do bairro, coincidindo, portanto,

com a preocupação das instituições deste território em manter estas crianças “ocupadas”, garantindo o acesso à educação, cultura e lazer de forma a prevenir o envolvimento com o tráfico de drogas.

Percebe-se a dificuldade de articulação da comunidade com os poderes públicos na criação de ações públicas direcionadas às fragilidades do território, cabendo aos próprios moradores e organizações voluntárias, esta responsabilidade. Além disso, evidenciamos que o tráfico em alguns locais da comunidade apresenta-se como um agenciador de relações neste território que desenvolveu suas estratégias de convivência com conflitos como: a relação com crianças e adolescentes e as operações policiais. Neste sentido, os espaços destinados ao cuidado das crianças e adolescentes, encontra-se a presença do espaço Casa do Hip Hop.

Para além destes dados, também foram indicados na visita realizada ao Centro Comunitário do Bairro Tereza Cristina, como potencialidades, a relação de ajuda mútua que os moradores estabelecem entre si, bem como, a existência de eventos os quais fortalecem o vínculo entre eles. Como fragilidades, foram apontadas a representação estereotipada do território, como um bairro “perigoso” devido à presença do tráfico; a falta de união entre as igrejas na articulação de ações sociais para o bairro; e a fome e a insegurança habitacional, como maiores demandas em saúde, juntamente com a falta de orientação adequada dos serviços.

Em busca de melhor compreensão sobre os saberes compartilhados pela comunidade em relação à saúde, caminhamos pelo bairro e dialogamos com alguns moradores juntamente com a décima fase do Curso de Psicologia, da disciplina de Psicologia Comunitária. Percebemos que a procura para assistência em saúde é maior nos serviços de alta complexidade com a UPA, apontando ora, que a proximidade com a ESF é ponto forte, ora que a demora de encaminhamentos e fragilidades nas orientações são as maiores dificuldades da população.

Outra questão apresentada a equipe do projeto, surgiu a partir de uma turma do curso de Enfermagem que realizou estágio neste território. Temos como principais apontamentos: a coleta de lixo irregular, falta de conselho local de saúde, animais soltos pelas ruas, confusão de informação dos pacientes, e o alto índice de DST's e IST's - principalmente de sífilis.

Evidencia-se a necessidade de conhecer as instituições religiosas nas comunidades, vista a grande quantidade de igrejas no território e a relação entre crenças religiosas e estes temas. Pretende-se ampliar o olhar para estas questões, considerando os espaços de vivência religiosa, como potenciais para a promoção da saúde.

Nesta etapa do projeto, vislumbra-se ainda, estabelecer maior contato com a comunidade e com as igrejas, como também, possibilitar um espaço de discussão e articulação com os profissionais dos equipamentos visitados, líderes comunitários, outras organizações e a comunidade em geral, no intuito de realizar uma devolutiva do mapeamento realizado até o momento. A equipe entende que é essencial a participação comunitária junto ao projeto, tendo em vista que cada morador é um agente social neste espaço, e que, portanto, cabe à nós, dar vazão a autonomia da comunidade por meio do diálogo e da ação coletiva.

A terceira etapa, de educação popular em saúde ocorrerá a partir de março de 2022 e atualmente caracteriza-se pelas diversas possibilidades, com terreno fértil para o projeto atuar. O planejamento das ações ocorrerá em diálogo com a comunidade e serviços intersetoriais. Destaca-se, aqui, que o mapeamento psicossocial não será encerrado na etapa II. Em todos os

momentos o mapeamento continua, já que a comunidade se regula e se altera constantemente, sendo necessário essa atualização.

As ações terão como importante característica o pensar a saúde a partir dos determinantes sociais encontrados nas etapas I e II, pensando na qualidade de vida da população. Nenhuma ação será pensada sozinha, e sempre buscaremos a autonomia da comunidade, para que os resultados continuem repercutindo mesmo após o encerramento do projeto. Nesta etapa objetivamos o fortalecimento dos vínculos comunitários, para assim haver promoção de saúde.

4. Considerações

O presente trabalho teve por objetivo relatar a experiência do Projeto de Extensão “Esperança do verbo esperar: fortalecimento dos vínculos comunitários para a promoção de saúde no Território Paulo Freire II” construída junto às comunidades Paraíso e Tereza Cristina na cidade de Criciúma/SC. Nesse sentido, compreendemos que o projeto serviu de forma a estabelecer uma relação dialógica com a comunidade, a partir de um olhar emergente das relações estabelecidas neste e com este território. Assim, amparados por uma prática libertadora, compreendemos as diferentes representações de saúde produzidas pelos atores sociais deste espaço, como os moradores e profissionais de instituições e serviços da rede.

Percebemos, então, a fragilidade existente nas relações comunitárias entre os equipamentos públicos, bem como, entre os serviços e a comunidade em geral quanto a compreensão do papel destes dispositivos. Evidencia-se a dificuldade do reconhecimento de outros espaços e serviços como também atuantes na rede de promoção à saúde, como por exemplo, as escolas e o serviço da Assistência Social, e a precariedade na articulação desta rede. Da comunidade, entendemos este contato com a atenção básica focalizada em uma perspectiva biomédica assistencial, com maior demanda em saúde na condição da alta complexidade, uma vez que apontam a demora dos atendimentos e a falta de orientação adequada dos serviços.

Compreendemos que as representações acerca da saúde e doença diferem entre alguns moradores, lideranças comunitárias e equipamentos de saúde. Circulam neste espaço, dos moradores, entendimentos em torno da saúde relacionados a uma perspectiva individual, do cuidado de si (alimentação, exames, cuidados básicos); como também, das lideranças, a partir de uma complexidade de fatores sociais, como a garantia de direitos básicos, alimentação, renda e moradia.

Contudo, é evidente as trocas potentes entre a comunidade, a qual vivencia este território a partir da apropriação dos espaços, da relação de ajuda mútua e dos eventos organizados. Como direcionamento para a próxima etapa, aponta-se a necessidade de desinstitucionalizarmos o nosso olhar e ampliarmos o contato com este território vivo.

O mapeamento psicossocial participativo não cessa de se produzir, por isso, as experiências aqui relatadas apontam para a importância do fortalecimento dos vínculos comunitários como estratégia de promoção de saúde, pois é a partir da perspectiva e autonomia

desta comunidade que se reconhece as necessidades e potencialidades para a produção de saúde e transformação social.

5. Referências

1. BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução n. 27**, de 19 de setembro de 2011. Caracteriza as ações de assessoramento e defesa e garantia de direitos no âmbito da Assistência Social.
3. BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.
4. CAMPOS, Regina Helena de Freitas. **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. 10. ed Petrópolis: Vozes, 2005. 179 p.
5. CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria G. de S; OVIEDO, Rafael Antonio M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. 119 p.
6. FAZENDA, I. C. A. Interdisciplinaridade: História, teoria e pesquisa. Campinas, SP: Papyrus, 1994
7. FILHO, Naomar de Almeida. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. 160 p.
8. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 29ª ed. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro: 1987. 184 p.
9. _____. **Educação e Mudança**. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.
10. _____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
11. LIMA, Deyseane Maria Araújo; BONFIM, Zulmira Áurea Cruz. Mapeamento psicossocial participativo: Metodologia de facilitação comunitária. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.30, n.71, p. 679-689, out./dez. 2012.
12. MERHY, Emerson Elias; et al. **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua**. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.
13. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. 303 p.
14. SANTOS, Milton. A natureza do espaço: técnica, razão e emoção. 4ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2004
15. VASCONCELOS, Eduardo M. **o poder que brota da dor e da opressão: Empowerment**, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.