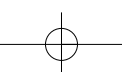
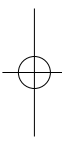
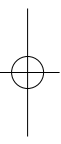


MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderno de Educação Popular e Saúde

Brasília-DF
2007



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Caderno de Educação Popular e Saúde

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília-DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional da Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.^a edição - 2007 - 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, 4.^a andar 422

CEP: 70058-900 - Brasília, DF

Téls.: (61)3315-2676/ 3315-3521

Fax: (61)3322-8377

E-mail: sgep.dagep@saude.gov.br

Homepage: www.saude.gov.br/segep

Equipe Editorial:

Abigail Reis

Ana América Paz

Eymard Mourão Vasconcelos

Gerson Flávio da Silva

João Monteiro

José Ivo dos Santos Pedrosa

Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke

Maria Alice Pessanha de Carvalho

Maria Verônica Santa Cruz de Oliveira

Renata Pekelman (organizadora)

Ricardo Burg Ceccim

Ricardo Rodrigues Teixeira

Sonia Acioli

Equipe Técnica:

Antonio Sérgio de Freitas Ferreira

Esdras Daniel dos Santos Pereira

José Flávio Fernandino Maciel

Luciana Ratkiewicz Boeira

Oswaldo Peralta Bonetti

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa,

Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1413-6

1. Educação em saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

Catálogo na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2007/0701

Titulos para indexação:

Em inglês: Handbook of Popular Education and Health

Em espanhol: Cuaderno de la Educación Popular y Salud

Apresentação

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários.

Nesse sentido tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania.

É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna.

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado.

Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

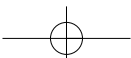
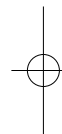
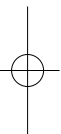
Nesse sentido apresenta-se a educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos.

O Caderno de Educação Popular e Saúde apresenta um rico material para reflexão, conhecimento e formação, pondo em diálogo significativas experiências de educação popular em saúde vivenciadas por múltiplos atores sociais.

Enfim, o Caderno representa estratégia fundamental para a qualificação de nossas práticas de educação em saúde.

Ministério da Saúde





Convite ao Caderno de Educação Popular e Saúde

O Ministério da Saúde tem tido como pauta prioritária a retomada dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, promovido a criação de mecanismos e espaços para a gestão participativa e incentivado a descentralização efetiva e solidária, no sentido de aproximar a saúde tal como é vivida e sentida pela população, à maneira como se organizam os serviços e o conhecimento que orienta a ação dos profissionais que compõem o SUS.

O que proporciona tal aproximação é a educação popular em saúde promovendo o diálogo para a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais que historicamente foram excluídos em seu modo de entender a vida, em seus saberes e nas oportunidades de participar dos rumos da sociedade brasileira.

Trazer a educação popular para um plano institucional significa muito para a construção do SUS que queremos em termos de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Em outras palavras, queremos que estes princípios orientadores de nossa Reforma Sanitária ganhem sentido no cotidiano da vida de milhões e milhões de brasileiras e brasileiros.

Colocar a educação popular como uma estratégia política e metodológica na ação do Ministério da Saúde permite que se trabalhe na perspectiva da integralidade de saberes e de práticas, pois proporciona o encontro com outros espaços, com outros agentes e com tecnologias que se colocam a favor da vida, da dignidade e do respeito ao outro. Trabalhar com a educação popular em saúde qualifica a relação entre os cidadãos, definidos constitucionalmente como sujeitos do direito à saúde, pois pauta-se na subjetividade inerente aos seres humanos.

Esperamos que este Caderno de Educação Popular e Saúde seja o primeiro de uma série e que possa contribuir para fortalecer a vontade política de estar continuamente construindo o SUS com a participação ativa população e de profissionais comprometidos com a saúde e com a qualidade de vida da população brasileira.

Novos saberes, novas práticas, novas vivências é o que esperamos proporcionar com esta publicação!

Disponibilizar textos que ajudem a reflexão, que permitem a troca de experiências singulares em sua metodologia e em seus princípios é o que desejamos. Queremos que este Caderno seja um dispositivo para a construção de conhecimento vivo que possa gerar ações emancipatórias contribuindo para transformar os indivíduos em atores que se movimentam em busca da alegria e da felicidade.

Antônio Alves de Souza
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP - Ministério da Saúde

Ana Maria Costa
Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa
SGEP - Ministério da Saúde



sumário

Apresentação	10
Convite ao Caderno de Educação Popular e Saúde	11
Construindo caminhos	
Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências José Ivo dos Santos Pedrosa	13
Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde Eymard Mourão Vasconcelos	18
Nossas Fontes	
O Paulo da Educação Popular - Eymard Mourão Vasconcelos	31
Pacientes Impacientes: Paulo Freire (apresentação Ricardo Burg Ceccim)	32



Enfoques sobre educação popular e saúde - Eduardo Stotz	46
Construindo a resposta à proposta de educação e saúde - Victor Vicent Valla, Maria Beatriz Guimarães e Alda Lacerda	58
Diálogos com a experiência	
Grupos de mulheres e a elaboração de material educativo - Margarita S. Diercks, Renata Pekelman e Daniela M. Wilhelms	68
Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos - Margarita S. Diercks, Renata Pekelman	75
Como passar da teoria à experiência ou da experiência à teoria: uma lição aprendida - Júlia S.N. F. Bucher	87
Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo - Maria Alice Pessanha de Carvalho	91
Reflexões e vivências	
Estórias da educação popular - Ausonia Favorido Donato	103
Em Nazaré, cercada por água...um mergulho e muito aprendizado! - Wilma Suely Batista Pereira	106
Educação emancipatória, o processo de constituição de sujeitos operativos: alguns conceitos - Eliane Santos Souza	114
Pensando alto - Ana América Magalhães Ávila Paz	117

Trocando do “era uma vez...” para o “eu conto” - Ana Guilhermina Reis	120
Você tem sede de quê? Cenas do viver, adoecer morrer, transcender numa favela brasileira - Iracema de Almeida Benevides	122
Peripécias educativas na rua - Lia Haikal Frota	131

Outras Palavras

A Educação pela Pedra - João Cabral de Melo Neto	133
Projeto sorriso - Samuca, Fred Oliveira e Érico	134
Eduardo Galeano	135
Paulo Freire	136



Entre sementes e raízes	
Entre sementes e raízes	138
Roda de conversa	
Uma rede em prol de comunidades rurais e urbanas auto-sustentáveis - Gerson Flávio da Silva	142
Roteiro de leitura	
Roteiro de leitura - Eymard Mourão Vasconcelos	152
Pequena enciclopédia	
Pequena enciclopédia - Maria Alice Pessanha de Carvalho	157

Construindo Caminhos



Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências

No atual governo federal foram criados espaços institucionais que atuam sob os princípios éticos, políticos e metodológicos da educação popular e saúde. Pág. 13

Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde

A aproximação de muitos profissionais de saúde com o Movimento da Educação Popular e a luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde possibilitaram a incorporação, em muitos serviços de saúde, de formas de relação com a população bastante participativas e que rompem com a tradição autoritária dominante. Essas experiências foram importantes para o delineamento de muitas das propostas mais avançadas do SUS. Pág. 18

Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências

José Ivo dos Santos Pedrosa

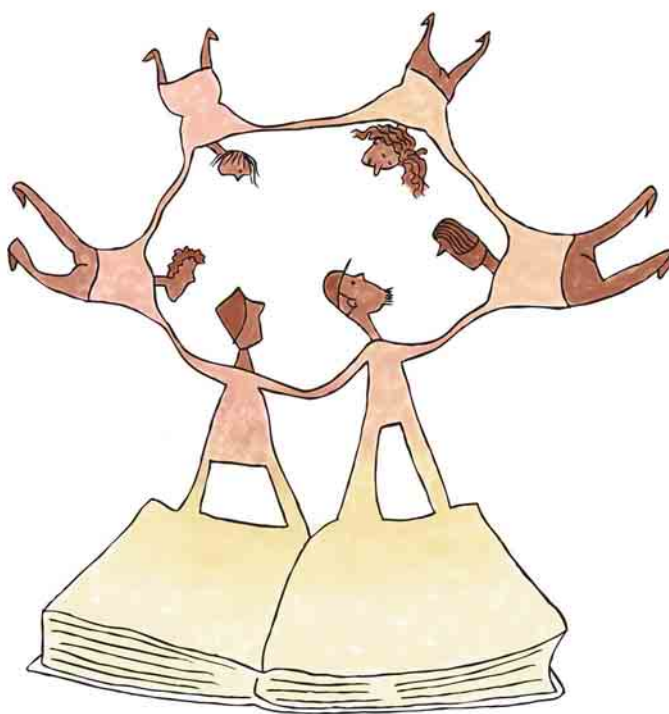
Ilustração: Lin

A partir de 2003, passa a fazer parte da estrutura do Ministério da Saúde uma “área técnica” que torna os princípios teóricos, políticos e metodológicos acumulados e ainda a construção no campo da Educação Popular em Saúde, como orientadores de suas ações e de seu projeto político.

A institucionalização, ou seja, a definição de um espaço formalizado tem como pressuposto a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores e como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos. Este processo encontra-se estritamente vinculado ao movimento de reflexão crítica, ressignificação e (re)descoberta de outras práticas de educação que aconteciam no âmbito dos serviços e dos movimentos populares.

Protagonizado por múltiplos atores da sociedade civil: movimentos sociais, profissionais que atuam nos serviços de saúde, professores e pesquisadores de universidades, educadores populares e agentes populares de saúde, o processo de construção tem como base a reflexão sobre o estado da arte das práticas de educação em saúde nos serviços e a formulação de proposições com possibilidades de transformar tais práticas.

Crítica-se a concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista,



cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos “ideais” desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornando-os objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas.

E afirma-se a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.

Esta construção, toma como base a concepção de Educação Popular que segundo Paludo (2001, p. 181) sempre esteve histórica e organicamente vinculada ao movimento de forças políticas e culturais (as organizações populares, os agentes e as estruturas/organizações de mediação) empenhadas na construção das condições humanas imediatas para a elevação da qualidade de vida das classes subalternas e na construção de uma sociedade onde realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas...

Vasconcelos (2001) resgata historicidade de constituição da Educação Popular em saúde no Brasil a partir da participação de profissionais de saúde em experiências de educação popular de bases freirianas nos anos 70, inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde.

Para o autor, estas práticas que remontavam à participação de técnicos de saúde inseridos em pequenas comunidades periféricas identificando lideranças e temas mobilizadores criando espaços de debates e apoio às lutas emergentes atualmente ganham espaços em instituições estando voltadas para a superação do fosso cultural existente, por um lado, entre serviços de saúde, organizações não governamentais, saber médico e movimentos sociais e, por outro lado, a dinâmica do adoecimento e a cura do mundo popular.

Tais experiências, mesmo convivendo com mudanças organizacionais pouco profundas, contribuíram para que novos sujeitos e novas temáticas oriundas dos movimentos sociais populares fossem incorporados aos cenários de construção da política de saúde, tornando evidente a necessidade de fortalecer a participação desses sujeitos nos cenários políticos de modo que projetos de proteção à vida (libertadores) possam ser efetivados.

Sob tais considerações, a Educação Popular no Ministério da Saúde tem seu lugar, inicialmente na Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, do Departamento de

Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Ao fazer parte do DEGES como uma das coordenações, ao lado da Coordenação de Ações Estratégicas e da Coordenação de Ações Técnicas a Coordenação de Ações Populares, chamada no cotidiano de Coordenação de Educação Popular, passou por momentos de indefinição e incerteza a respeito de qual seria seu objeto e qual a relação que existiria entre a política de Educação Permanente e a Educação Popular em Saúde, construção política, teórica e conceitual considerada como “marco orientador inicial” das ações da coordenação.

Mas, estas inquietações e indagações contribuíram para o esboço inicial de que a Coordenação poderia atuar como dispositivo para a formação de agentes sociais para atuarem na gestão da política pública de saúde e que seu campo de atuação se encontrava próximo ao cidadão/usuário do SUS.

Não se tinha acúmulo suficiente para definir com clareza qual o significado dessa formação mas havia sensibilidade política para perceber que esse era o caminho possível para encontrar a articulação entre a Educação Popular e a política de Educação Permanente em Saúde.

Enquanto persistiam as “dúvidas produtivas”, duas estratégias se fizeram presentes e representaram fontes de agendamentos para a construção da identidade da Coordenação.

A continuidade do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS (PAFCS), que objetivava a formação de conselheiros de saúde. Para o cumprimento das metas pré-estabelecidas, a Coordenação assumiu o papel de articulador do processo de formação, negociando estratégias de continuidade, ampliando as vagas para lideranças sociais, dinamizando metodologias pedagógicas e identificando educadores populares.

Para consolidar o diálogo com os movimentos sociais o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede de Educação Popular em Saúde, promoveram encontros estaduais, nos quais foi possível identificar movimentos populares que se articulavam na luta por saúde. No final de 2003, realizou-se o Encontro Nacional desses movimentos resultando na criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e desencadeando processos de articulação em cada estado.

A partir de julho de 2005, o Ministério passa por mudanças em sua gestão resultando na criação da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e a Mobilização Social do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), mantendo os propósitos e a equipe que trabalhava nas SGTES.

As duas Secretarias, ambas inexistentes na estrutura anterior do Ministério da Saúde, apresentam projetos políticos que afirma os princípios constitucionais do SUS, tendo por missão o desenvolvimento de ações com potencialidades de provocar mudanças na formação de trabalhadores, na gestão dos sistemas, na organização dos serviços, na qualidade da atenção e no controle social.

Ao promover espaço institucional para as ações de Educação Popular e mobilização social, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle social.

E, neste sentido, a Educação Popular em Saúde, localizada na SGTES e atualmente na SGEP, representa o lugar, na estrutura do Ministério da Saúde, que atua em estreita comunicação e diálogo com os movimentos sociais que produzem ações e práticas populares de saúde; com as iniciativas dos serviços e dos movimentos que resgatam e recriam a cultura popular e afirmam suas identidades étnicas, raciais, de gênero; apoiando espaços públicos

onde se realiza o Encontro entre governo e sociedade civil qualificando o controle social e ampliando a gestão participativa no SUS.

Os princípios político-pedagógicos da Educação Popular são tomados como ferramentas de agenciamento para participação em defesa da vida e como estratégias para a mobilização social pelo direito à saúde. O papel agenciador da Educação Popular se faz pelo pinçar e fomentar atitudes de participação no sentido de sempre mudar realidades, tornando-as vivas, criativas e correspondentes ao desejo de uma vida mais feliz.

A Educação Popular em Saúde, ao mobilizar autonomias individuais e coletivas, abre a alteridade entre indivíduos e movimentos na luta por direitos, contribuindo para a ampliação do significado dos direitos de cidadania e instituindo o crescimento e a mudança na vida cotidiana das pessoas.

Problematizando a realidade tomada como referência, a Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social.

Permite a produção de sentidos para a vida e engendra a vontade de agir em direção às mudanças que se julgem necessárias. As ações pedagógicas constroem cenários de comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação.

A Educação Popular na Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

Considerando que a Educação Popular em Saúde representa o conjunto de conceitos polisêmicos, que ganham expressão concreta nas ações sociais orientadas pela construção de correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas públicas, proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade.

As ações de Educação Popular em Saúde impulsionam movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social.

Ao trabalhar com atores sociais, a Educação Popular contribui para a construção de cenários nos quais os movimentos populares possam se fazer presentes, apresentando novas temáticas, experiências e desejos.

Ao colocar-se como referência no campo de práticas dos profissionais de saúde, a Educação Popular contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e comprometer-se com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais.

Estes princípios trazem maior densidade ao conceito de gestão participativa como compartilhamento do poder nos processos que constroem e decidem as formas de enfrentamento aos determinantes e condicionantes da saúde, bem como a presença do conjunto dos atores que atuam no campo da saúde.

Processos que se realizam nos serviços, em que o sentido das ações volta-se para a promoção do bem viver do modo de vida e, no encontro com sujeitos de novos saberes e práticas de saúde, que acontecem nos movimentos sociais que apresentam propostas e projetos políticos que ressignificam o direito à saúde, na luta pela inclusão social.

O fortalecimento da gestão participativa no SUS envolve ações de comunicação e de informação em saúde como potência para desencadear a mobilização social; fundamentar o relacionamento com o Ministério Público e com o Poder Legislativo no que tange à saúde e possibilitar a criação e/ou consolidação de instrumentos para a ação participativa dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil.

Para consolidar a participação social no SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços das rodas de discussão onde acontecem aproximações entre a construção da gestão descentralizada; o desenvolvimento da atenção integral à saúde, entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde; e o fortalecimento do controle social.

Educação Popular como processo e relações pedagógicas emergentes de cenários e vivências de aprendizagens que articulam as subjetividades coletivas e as relações de interação que acontecem nos movimentos sociais, implicando na aproximação entre agentes formais de saúde e população, diminuindo a distância entre a assistência que representa intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Aqui é importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual portanto uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação.

De maneira sucinta a institucionalização da Educação Popular em Saúde no Ministério da Saúde tem como referencial a Educação Popular em Saúde em suas dimensões epistemológica, ético-política e metodológica.

Nesse processo tem contribuído para a visibilidade e emergência de temas no campo da Educação Popular haja vista o crescente número de pesquisas e trabalhos produzidos e apresentados em eventos científicos. A problematização da relação governo e movimentos populares tem fortalecido a ética de respeito à autonomia dos movimentos sociais e populares e permitido a construção de ferramentas para a consecução de agendas partilhadas.

Na dimensão metodológica há que se fortalecer a formação e articulação dos sujeitos das práticas populares de saúde, dos educadores populares e dos profissionais que atuam nos serviços no sentido de mobilizar a população na construção de uma política nacional de educação popular.

O Caderno de Educação Popular e Saúde se inscreve neste contexto, com objetivo de por em relação profissionais, educadores populares e movimentos sociais. Nessa relação, os próprios conteúdos da publicação devem servir como dispositivos de outras concepções e experiências a respeito do processo saúde/doença vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde e das práticas populares, comprometendo-as com a humanização e a integralidade fundamentais, ao cuidar do outro, propiciando relações que se movimentam em direção à produção da vida.

* **José Ivo dos Santos Pedrosa** - Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social / DAGEP / SGEPE / MS.

E-mail: jose.pedrosa@saude.gov.br

REFERÊNCIAS

PALUDO, C. *Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular*. Porto Alegre, RS: Tomo Editorial, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interfêce: comunicação, saúde, educação*, [S. l.], v. 8, p. 121-126, 2001.

Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde

Eymard Mourão Vasconcelos

Ilustração: Samuca

No atual governo federal foram criadas condições para que o saber da educação popular buscasse novos caminhos institucionais para a sua generalização e para a consolidação do SUS.

A educação em saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de 70, a educação em saúde foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de educação em saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência individualizada à saúde.

A aproximação do setor Saúde com o Movimento da Educação Popular

O governo militar, imposto pela Revolução de 1964, criou contraditoriamente condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com esse padrão acima descrito. Nessa época, a política de saúde se voltava para a expansão de serviços médicos privados e dos hospitais, onde as ações educativas não ti-



nham espaço significativo. A "tranqüilidade" social imposta pela repressão política e militar possibilitou que o regime voltasse suas atenções para a expansão da economia, diminuindo os gastos com as políticas sociais. Com os partidos e sindicatos esvaziados, a população vai aos poucos buscando novas formas de resistência. A Igreja Católica, que conseguiu se preservar da repressão política, apóia este movimento, possibilitando o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. O método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajaram nesse processo. Nos subterrâneos da vida política e institucional foi se tecendo a estrutura de novas formas de organização da vida política. Essas experiências possibilitaram (e ainda possibilitam) que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares. No vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão se configurando iniciativas de busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico.

O setor Saúde é exemplar neste processo. Nos anos 70, junto aos movimentos sociais emergentes, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado,

onde profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. Com o processo de abertura política, movimentos populares, que já tinham avançado na discussão das questões de saúde, passam a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados. A experiência ocorrida na zona leste da cidade de São Paulo é o exemplo mais conhecido, mas o Movimento Popular de Saúde (MOPS) chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados. Nelas, a educação em saúde busca ser uma assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos.

Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor Saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde, na década de 80, estas experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde perderam sua importância. Os movimentos sociais passaram a lutar por mudanças mais globais nas políticas sociais. Os téc-



nicos que nelas estiveram engajados agora ocupam espaços institucionais amplos onde uma convivência direta tão intensa com a população não é mais possível. A experiência de integração vivida por tantos intelectuais e líderes populares, o saber ali construído e os modelos institucionais que começaram a ser gestados continuam presentes. Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais têm buscado enfrentar o desafio de incorporar ao serviço público a metodologia da Educação Popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social nos grandes centros urbanos. Enfrentam tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos, oriunda do conflito distributivo no orçamento, numa conjuntura de crise fiscal do Estado. Nesse sentido, esses grupos estão engajados na luta pela democratização do Estado, na qual o método da Educação Popular passa a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e na reorientação das políticas públicas.

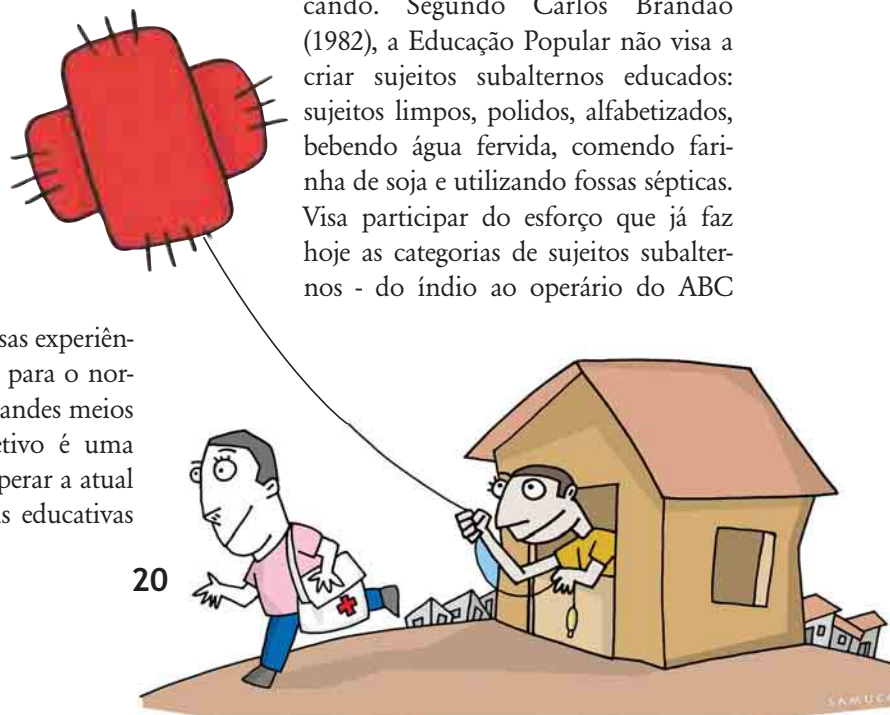
Atualmente, há duas grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população: os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana dos profissionais com a população nos serviços de saúde. A segunda interface, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, permite um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. Nesse sentido, os conhecimentos construídos nessas experiências mais localizadas são fundamentais para o norteamento das práticas educativas nos grandes meios de comunicação de massa, se o objetivo é uma metodologia participativa. É preciso superar a atual situação em que as grandes campanhas educativas

em saúde são organizadas por grandes empresas de comunicação bem pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população.

Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo

No âmbito internacional, o Brasil teve um papel pioneiro na constituição do método da Educação Popular, o que explica em parte a sua importância, aqui, na redefinição de práticas sociais dos mais variados campos do saber. Ela começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 50, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, se voltam para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular. Seu livro *Pedagogia do Oprimido* (1966) ainda repercute em todo o mundo.

Educação Popular não é o mesmo que "educação informal". Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que utilizam métodos verticais de relação educador-educando. Segundo Carlos Brandão (1982), a Educação Popular não visa a criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa participar do esforço que já faz hoje as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC



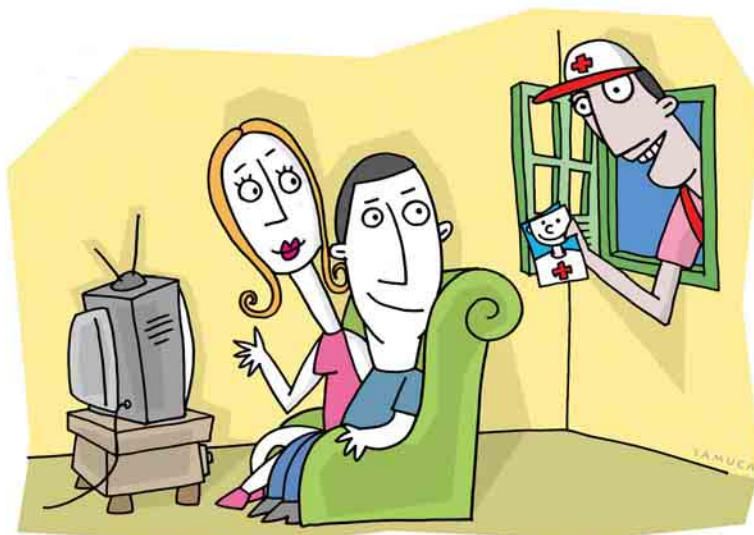
Paulista - para que a organização do trabalho político, passo-a-passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos. A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da Educação Popular. Essa valorização do saber e dos valores do educando permite que ele se sinta "em casa" e mantenha suas iniciativas. Nesse sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, mas que o processo de discussão não se coloque de cima para baixo.

Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo. Prioriza a relação com os movimentos sociais por ser expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade cuja voz é usualmente desqualificada nos diálogos e nas negociações. Apesar de, muitas vezes, partir da busca de soluções para problemas específicos e localizados, o faz a partir da perspectiva de que a atuação na microcapilaridade da vida social é uma estratégia de desfazer os mecanismos de cumplicidade, apoio e aliança, os micropoderes, que sustentam as grandes estruturas de dominação política e econômica da sociedade. Está, pois, engajada na construção política da superação da subordinação, exclusão e opressão que marcam a vida nas sociedades desiguais. A Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos, a como contribuir com a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos.

De uma prática alternativa à uma estratégia de reorientação da política de saúde

Passados 40 anos do início deste movimento no Brasil, muita coisa mudou. As práticas de Educação Popular em Saúde já não se restringem ao modelo dominante na década de 70: um técnico inserido em uma pequena comunidade



periférica, identificando as lideranças e os problemas mobilizadores, criando espaços de debate, apoiando as lutas emergentes e trazendo subsídios teóricos para alargar as discussões locais. Com o processo de democratização da sociedade brasileira, houve espaço para que a participação popular pudesse também ocorrer nas grandes instituições. Muitos técnicos, formados nos espaços informais dos movimentos sociais, passaram a ocupar cargos importantes nos órgãos implementadores das políticas de saúde procurando aplicar, nesse novo espaço, a metodologia da Educação Popular. Apesar de uma certa crise inicial da pretensão de transposição direta e sem adaptações da metodologia de ação nos espaços informais para as instituições, novas experiências floresceram. A Rede de Educação Popular em Saúde que, desde 1991, articula profissionais de saúde e lideranças populares envolvidas nessas experiências, vem se expandindo e consolidando a trajetória de atuação nos novos serviços de saúde a partir do instrumental da Educação Popular.

Pode-se afirmar que uma grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde está hoje voltada para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber sanitário e as entidades representativas dos movimentos sociais. De outro lado, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular é feita desde a perspectiva dos interesses das classes populares, reconhecendo, cada vez mais, a sua diversidade e heterogeneidade. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global dos serviços, busca-se entender, sistematizar e difundir a lógica, o conhecimento e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar incompreensões e mal entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse. A Educação Popular dedica-se à ampliação dos canais de interação cultural e negociações (cartilhas, jornais, assembléias, reu-



niões, cursos, visitas, etc.) entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais e instituições.

A partir desse diálogo, soluções vão sendo delineadas. Nesse sentido, a Educação Popular tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo para a superação do biologicismo, do autoritarismo de doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que os atuais serviços de saúde. É, assim, um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população.

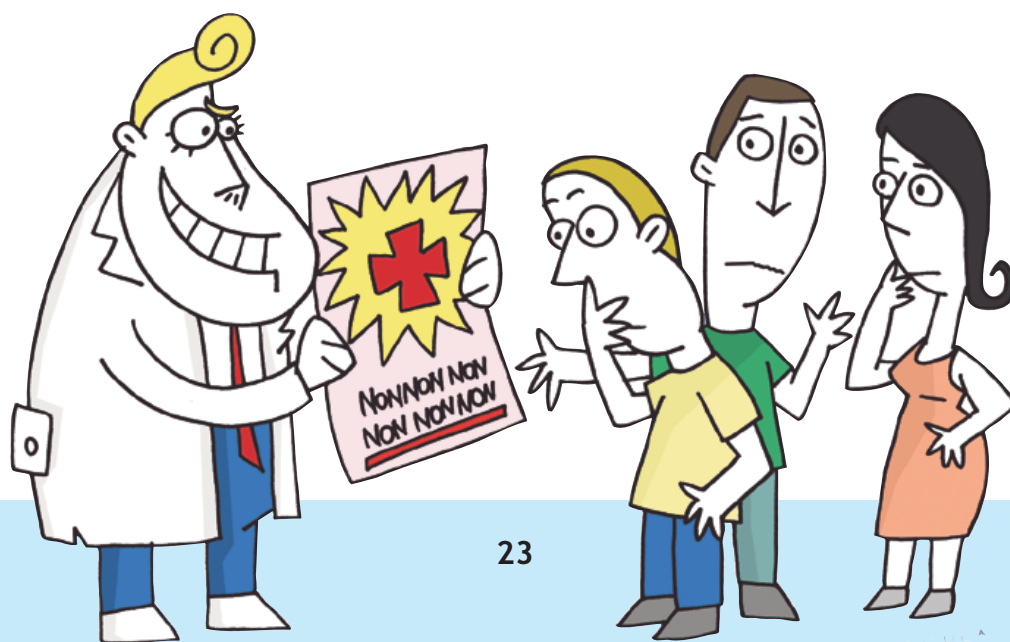
A Educação Popular não é o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diá-

logo entre o saber popular e o saber científico. Para o setor Saúde, no Brasil, a participação histórica no movimento da Educação Popular foi marcante na criação de um movimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Apesar de uma certa crise do conceito da Educação Popular nos novos tempos, é ele que vem servindo para identificar e instrumentalizar a diversidade de práticas emergentes. Nessas experiências, os vários aspectos metodológicos valorizados articulam-se de modo peculiar, diferenciando-se do que ocorre em outros continentes. Há um elemento inovador e pioneiro nas experiências brasileiras e latino-americanas de Educação Popular em Saúde que vem sendo reconhecido internacionalmente.

Para muitos serviços de saúde, a Educação Popular tem significado um instrumento fundamental na construção histórica de atenção integral à saúde, na medida em que se dedica à ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas. Esta redefinição da prática médica se dá, não a partir de uma nova tec-

nologia ou de um novo sistema de conhecimento, como as chamadas medicinas alternativas pretendem ser, mas pela articulação de múltiplas, diferentes e até contraditórias iniciativas presentes em cada problema de saúde, em um processo que valoriza principalmente os saberes e as práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido à sua origem popular.

No atual contexto de fragmentação da vida social, a recomposição de uma abordagem mais globalizante da saúde não pode caber apenas às iniciativas ampliadas das instituições de saúde. Essa recomposição da integralidade nas práticas de saúde cabe principalmente ao crescimento da capacidade de doentes, famílias, movimentos sociais e outros setores da sociedade civil em articularem, usufruírem e reorientarem os diversos serviços e saberes disponíveis, segundo suas necessidades e realidades concretas. Essa perspectiva se diferencia do imaginário de grande parte do movimento sanitário brasileiro, ainda acreditando e empenhando-se na possibilidade de construção de um sistema estatal único de saúde capaz de, planejadamente, penetrar e ordenar as diversas instâncias da vida social implicadas no processo de adoecimento e de cura (VASCONCELOS, 1997).



Desde o início dos anos 90, profissionais de saúde envolvidos em práticas de Educação Popular organizaram a Rede de Educação Popular em Saúde, com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços sanitários. Desde então, assistimos a uma importante organização institucional do campo da Educação em Saúde. Estruturaram-se encontros em vários estados, vários congressos de âmbito nacional dedicaram significativos espaços ao tema, criaram-se grupos acadêmicos e operativos, e aumentaram as publicações. Mas é ainda uma estruturação muito frágil, se tivermos em vista o grande número de profissionais de saúde que vêm se preocupando e se dedicando às relações educativas com a população.

Educação Popular em Saúde no governo Lula (REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, 2003).¹

Um novo capítulo da história do Brasil começou a ser escrito com as eleições de 2002. A vitória consagradora de Lula e do PT expressou o desejo de mudança, de justiça social e de liberdade que pulsa na população brasileira. Expressou a importância que as classes populares, os intelectuais e os movimentos sociais passaram a ter como atores na construção de uma nova nação. Vislumbra-se o projeto de um novo jeito de governar, buscando alcançar o desenvolvimento social a partir de um crescimento econômico voltado ao atendimento das necessidades sociais.

Os princípios que inspiraram o Movimento Sanitário na construção do Sistema Único de Saúde encontram, no contexto político atual, a oportunidade para serem reafirmados e consolidados. Dentre estes, verificamos a efetiva participação popular: crítica e criativa na construção de políticas públicas saudáveis como caminho para a conquista do direito humano à vida plena. Na verda-

de, o modelo de atenção à saúde, buscado pelo Movimento Sanitário por intermédio do SUS, foi em grande parte, inspirado em experiências pioneiras de saúde comunitária desde a década de 70, nas quais os movimentos populares e técnicos aliados foram construindo os caminhos para uma nova organização do setor Saúde. Nestas experiências, a Educação Popular foi instrumento metodológico central.

A Rede de Educação Popular em Saúde, articulando e acompanhando centenas de experiências de aprofundamento da participação popular nos serviços de saúde, acredita que a Educação Popular continua sendo um instrumento metodológico fundamental para uma reorganização mais radical do SUS, no sentido da construção de uma atenção à saúde integral em que as pessoas e os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas e em que a racionalidade do modelo biomédico dominante seja transformada no cotidiano de suas práticas. Nesse sentido, a Educação Popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas uma estratégia de reorientação da totalidade das práticas ali executadas, na medida em que investe na ampliação da participação e que, dinamizada, passa a questionar e reorientar tudo.

O princípio da participação popular costuma ser aceito e defendido por todos, contudo tende-se a acreditar que ele se opera quase espontaneamente, uma vez assegurados legalmente os espaços formais de sua implementação, os Conselhos e as Conferências de Saúde. Constata-se, no entanto, que essas instâncias, por estarem presas às questões gerenciais do sistema, não dão conta de implementar a participação dos usuários na redefinição da maioria das ações de saúde executadas no dia-a-dia dos serviços. Há inúmeros mecanismos de boicote a uma participação mais efetiva dos moradores. É no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, em

¹ Para contato, acesse os portais da Internet <http://br.groups.yahoo.com/group/edpopsaude> ou <http://www.redepopsaude.com.br>.
Comunique-se com a sua Secretaria Executiva na Av. Brasil 4036, sala 905, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21040-360, telefone 021 2260 7453.

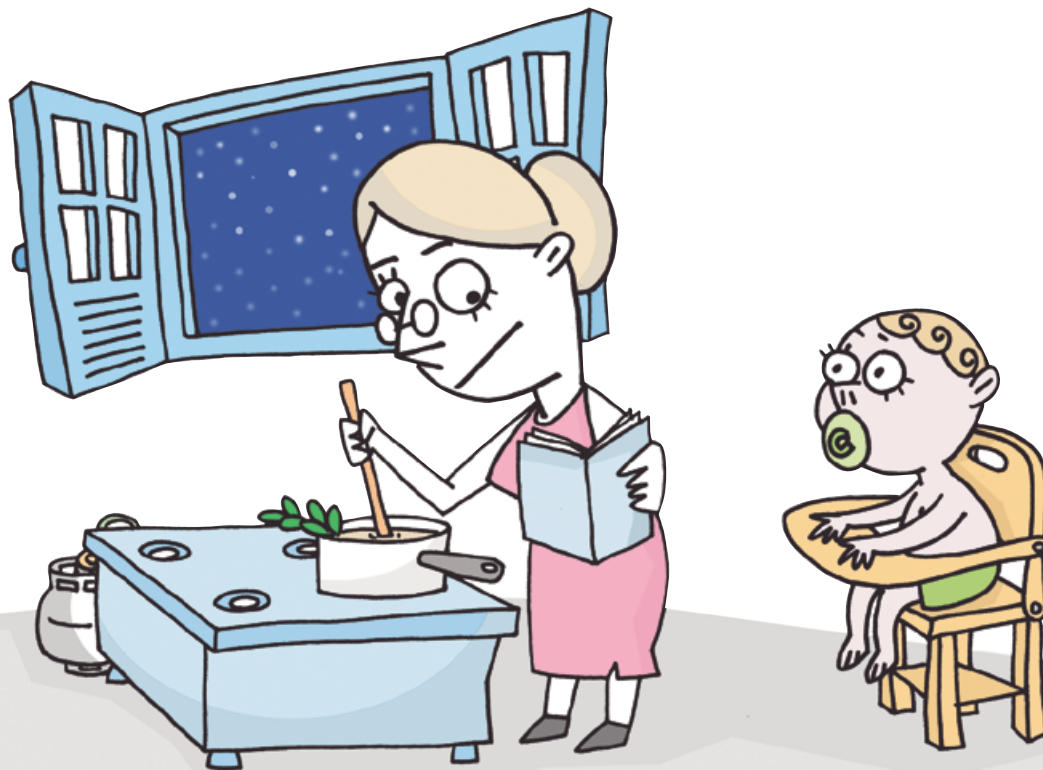
vez de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza. É preciso levar a democratização da assistência à microcapilaridade da operacionalização dos serviços de saúde. Sem a participação ativa dos usuários e seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementada, os novos serviços expandidos não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral.

O pioneirismo do Brasil no campo da Educação Popular e a já antiga tradição de aproximação de vários profissionais de saúde junto aos movimentos populares nos permite afirmar que esta tarefa é plenamente possível. Nesse sentido, defendemos que a implementação da Educação Popular nos diferentes serviços de saúde é uma estratégia fundamental para tornar realmente efetiva a diretriz constitucional do SUS, a participação popular, tão cara ao Movimento Sanitário.

A Rede de Educação Popular em Saúde tem acompanhado centenas de experiências nas quais a integração entre profissionais comprometidos e os movimentos sociais tem permitido a emergência de

práticas extremamente criativas e produtivas que são, inclusive, reconhecidas internacionalmente. A atuação de muitos profissionais e movimentos, orientados pela Educação Popular, tem avançado muito na desconstrução do autoritarismo de doutores, do desprezo ao saber e à iniciativa dos doentes e familiares, da imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais e da propaganda política embutida na forma como o modelo biomédico vem sendo implementado. No entanto, não basta alguns saberem fazer, é preciso que este saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde. Temos condições de superar a fase em que estas práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população aconteciam apenas em experiências alternativas pontuais e transitórias. É preciso encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional os quais permitam que elas se generalizem institucionalmente. Várias iniciativas de governos municipais petistas têm avançado neste sentido.

Como frisou Leonardo Boff, em mensagem aberta ao presidente Lula, após a sua eleição: "Chega de fazer para os empobrecidos. Chegou a hora de fazer a partir deles e com eles. Essa é a novidade que



você traz na esteira de Paulo Freire e da Igreja da libertação".

Esta diretriz tem um grande impacto no setor Saúde. No entanto, encontra resistências mesmo em setores progressistas do Movimento Sanitário, uma vez que o processo da Reforma Sanitária, nos últimos 20 anos, ficou centrado principalmente nas questões da construção do arcabouço jurídico e institucional do sistema e no desejo de expandir rapidamente a cobertura dos serviços de saúde. Formou-se um amplo corpo técnico nas instâncias gestoras da burocracia federal, estadual, municipal e distrital, muito competente em atividades de planejamento e com grande habilidade no manejo do jogo de poder institucional, mas bastante intolerante a processos participativos nos quais a população e os profissionais de nível local se manifestem de modo efetivo e autônomo. Assim, temos hoje um SUS com uma imensa rede de serviços básicos de saúde, porém, um modelo de atenção ainda pouco questionado.

A expansão do Programa Saúde da Família levou a uma profunda inserção de milhares de trabalhadores de saúde no cotidiano da dinâmica de adoecimento e de cura na vida social. Nessa convivência estreita, estes profissionais de saúde estão sendo profundamente questionados sobre a eficácia do modelo biomédico tradicional. Há uma intensa busca de novos caminhos, a pouca ênfase da saúde pública na discussão e no aperfeiçoamento das relações culturais e políticas com os cidadãos e seus movimentos vem resultando em desperdício desta oportunidade potencialmente transformadora do sistema. Os cursos de formação na academia e nas Secretarias de Saúde pouco têm priorizado a discussão dos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde de forma a se construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias. Nesse cenário, o que se tem assistido, na maioria dos serviços, é a reprodução de ações educativas extremamente nor-

matizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis. Essa forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento, em conjunto com os serviços, do processo de transformação social por meio do diálogo dos saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde.

Quase todos os gestores enfatizam em seus discursos a importância da ação educativa e da promoção da saúde. No entanto, com exceção de algumas administrações municipais, entre as quais destaco Recife e Camaragibe, pouco se tem investido em uma política consistente que busque a difusão do saber da Educação Popular para a ampliação da participação popular no cotidiano dos serviços. As experiências de Recife e Camaragibe têm demonstrado a importância do investimento tanto na formação profissional para a transformação cultural e política dos padrões das práticas de saúde, como na criação de uma infra-estrutura institucional que garanta condições materiais e administrativas para a realização de atividades educativas.

Até a gestão federal anterior ao governo Lula, a política adotada pelo Ministério da Saúde fez com que a quase totalidade dos recursos pedagógicos fossem gastos em propagandas nos grandes meios de comunicação de massa e em material impresso produzido de forma centralizada, instrumentos mais adequados para uma conscientização autoritária da população dos bons caminhos de vida e saúde que a suposta elite sanitária acredita serem adequados para suas condições de existência. As campanhas educativas nos grandes meios de comunicação de massa têm sido entregues, na maioria das vezes, para empresas de comunicação sem um vínculo com o cotidiano de dificuldades de relacionamento entre os profissionais e a população.

O Ministério da Saúde pouco vinha fazendo para apoiar, dinamizar e aperfeiçoar políticas consistentes nos estados e municípios que buscassem institucionalizar as trocas educativas como eixo reo-

rientador das ações locais de saúde. Os poucos recursos para ações educativas do Ministério eram canalizadas para o apoio de projetos pontuais, desvirtuando-se, assim, a função da esfera federal que seria de implementar diretrizes e políticas que expandam de forma descentralizada os princípios norteadores do SUS. No vazio de uma atuação do Ministério, no incentivo de ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário de educação em saúde mantém-se dominante, apesar de muitas vezes ser anunciado com discursos aparentemente progressistas. A maioria das coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em vez de investir na reorientação da relação cultural que acontece em cada serviço de saúde, têm se dedicado principalmente à organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa ou ao desenvolvimento de ações educativas isoladas, desconectadas da rotina da rede assistencial. Está mais a serviço do marketing da instituição e de suas lideranças políticas.

Diante disso, a Rede de Educação Popular em Saúde tem proposto a adoção da Educação Popular como diretriz teórica e metodológica da Política de Educação em Saúde do Ministério da Saúde e que esta política se torne uma estratégia prioritária de humanização do SUS e da adequação de suas práticas técnicas à lógica de vida da população, mediante a valorização de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários. Para isso, é necessário desencadear uma ação política que, bem estruturada, incentive, apóie e cobre dos municípios e estados a formulação de iniciativas amplas desta valorização e a criação de espaços de troca cultural, diálogo e negociação em cada serviço de saúde. Chega de simpatias e discursos enobrecedores à educação e à promoção da saúde, sem a destinação de recursos e implementação de políticas bem traçadas! É urgente a criação de uma política nacional de formação profissional em Educação Popular, de incentivo à produção descen-

tralizada de materiais educativos, construídos de forma participativa e de valorização e difusão das iniciativas educativas na lógica da problematização coletiva, já existentes em quase todos os municípios. É preciso que as campanhas educativas de massa passem a ser planejadas de forma articulada com os profissionais e as lideranças dos movimentos sociais que vivem as dificuldades e as potencialidades do trabalho educativo na rotina dos serviços de saúde.

Devido à forte presença da Educação Popular no Brasil, temos, em cada recanto da nação, profissionais de saúde e lideranças de movimentos sociais habilitados a colaborar nesta tarefa. É preciso mobilizá-los e valorizá-los. Convocados, poderão colaborar com os técnicos do Ministério da Saúde na definição dos caminhos institucionais que tornem realmente efetiva a diretriz constitucional do SUS, da participação popular na redefinição do modelo assistencial.

A Educação Popular é um saber importante para a construção da participação, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participada de ações sociais. É também o jeito latino-americano de fazer promoção da saúde. É importante que deixe de ser uma prática social que acontece de forma pontual no sistema de saúde, por intermédio da luta heróica de alguns profissionais de saúde e de movimentos sociais, para ser generalizada amplamente nos diversos serviços de saúde, em cada recanto da nação. Um dos grandes desafios, para isso, é a formação ampliada de profissionais de saúde capazes de uma relação participativa com a população e os seus movimentos.

Educação popular na formação dos profissionais de saúde

Tem-se erroneamente associado o conceito de Educação Popular à educação informal dirigida ao público popular. O adjetivo "popular" presente no

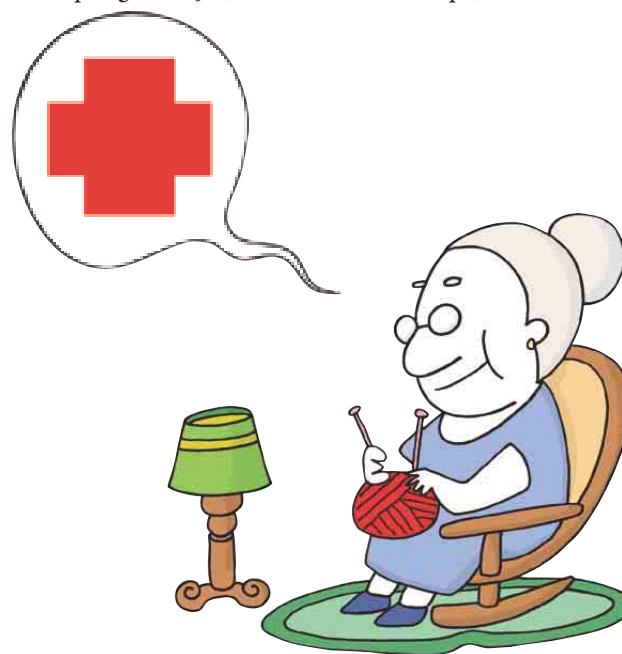
nome Educação Popular se refere não à característica de sua clientela, mas à perspectiva política desta concepção de educação: a construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas. A experiência dos movimentos sociais tem mostrado que este modo de conduzir o processo educativo pode ser aplicado com sucesso na formação profissional. Muitas iniciativas educacionais nas universidades (principalmente em projetos de extensão), nos treinamentos das Secretarias de Saúde de seus profissionais e nas organizações não-governamentais vêm sendo orientadas pela Educação Popular, descobrindo, aos poucos, os caminhos metodológicos de sua aplicação nesse novo contexto institucional. A educação dos trabalhadores de saúde nesta perspectiva é fundamental para a ampliação de uma gestão participativa no SUS.

A maioria dos atuais educadores populares se formou a partir de circunstâncias bastante particulares de sua vida pessoal que propiciaram contatos intensos com movimentos sociais e experiências de Educação Popular que os mobilizaram e os envolveram neste tipo de prática. Desde a década de 70, profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços oficiais, desejosos de uma atuação mais significativa para as classes populares vêm se dirigindo às periferias dos grandes centros urbanos e das regiões rurais em busca de formas alternativas de atuação. Inicialmente ligaram-se às experiências informais de trabalho comunitário, principalmente junto à Igreja Católica. Posteriormente, a multiplicação de serviços de atenção primária à saúde, ocorrida no Brasil, a partir do final dos anos 70, colaborou na criação de condições institucionais para a inserção desses profissionais nos locais de moradia das classes populares.

É interessante como este movimento de profissionais de saúde vem se mantendo por tantos anos, convivendo com a dinâmica do processo de adoecimento e de cura no meio popular, interagindo com os movimentos sociais locais e entrando em contato com a mili-

tância de outros grupos intelectuais. Muitos passam a reorientar suas práticas buscando enfrentar de uma forma mais global os problemas de saúde encontrados, mas as atuais exigências políticas e institucionais não permitem ficar apenas aguardando esta formação espontânea e ocasional de profissionais abertos para as iniciativas populares na construção soluções sanitárias. É imensa a carência de profissionais capazes de uma relação participativa com a população e seus movimentos. Ao mesmo tempo, a eleição de governos comprometidos com os movimentos sociais em alguns municípios e estados, bem como a eleição de Lula para presidente criaram condições institucionais para uma maior incorporação da Educação Popular nas várias instâncias de formação profissional.

Hoje, um dos maiores desafios do movimento de Educação Popular em Saúde é o delineamento mais preciso das estratégias educativas de sua incorporação ampliada nos cursos de graduação de todos os profissionais de saúde, na formação de agentes comunitários de saúde, na educação permanente em saúde dos trabalhadores do SUS, nos cursos de pós-graduação, etc. Por muito tempo, os edu-



cadores populares tiveram preconceitos com os doutores do setor Saúde, vistos como opressores. Uma aproximação mais atenta dos profissionais de saúde tem mostrado como sua realidade de trabalho é marcada também por angústias e injustiças. Empresários e dirigentes políticos, preocupados com os ganhos eleitorais e financeiros, cobram dos trabalhadores de saúde, situados em serviços precários, recebendo salários aviltantes, marcados pelo clientelismo político e por uma gestão autoritária, a solução de complexos e difíceis problemas da sociedade. Numa imagem figurada, pode-se dizer que os profissionais de saúde funcionam como pára-choques no embate entre a população carregada de problemas graves de saúde e exigências e de outro lado, as instituições de saúde esvaziadas pela crise fiscal do Estado e o descaso político. Do mesmo modo que a Educação Popular nos movimentos sociais deve partir das situações de opressão e angústia ali vividas, a Educação Popular dos doutores pode fazer o mesmo. No campo da Saúde, há uma grande diversidade de movimentos sociais, importantes aliados nos processos educativos.

Atitude reflexiva e crítica diante da sociedade, a compaixão com o sofrimento humano, a sensibilidade com a sutileza das manifestações das dinâmicas subjetivas e o engajamento com os movimentos sociais não podem ser ensinados massivamente por meio de disciplinas teóricas. Todavia, podem-se criar situações pedagógicas, orientadas pela experiência acumulada da Educação Popular, em que são problematizadas as vivências e indignações dos profissionais em sua relação com a realidade, compartilhadas iniciativas de enfrentamento e busca de soluções e valorizada a curiosidade na busca de entendimento das raízes das questões sociais mais importantes.

No ensino profissional em saúde brasileiro, nos últimos anos, tem se divulgado a abordagem educacional denominada "Aprendizagem Baseada em Problemas" (PBL - Problem-Based Learning), proveniente das experiências realizadas inicialmente no Canadá, EUA e Holanda. Ela tem ajudado a criar alternativas ao modelo de ensino em saúde tradicional, baseado em disciplinas especializadas e estanques que fragmentam a análise dos problemas de saúde, procurando substituí-las pelo estudo de problemas concretos de forma interdisciplinar e cooperativa. A experiência acumulada pela Educação Popular, a que Paulo Freire, muitas vezes, se referia como pedagogia da problematização, é a de caracterizar os problemas a serem debatidos, articulá-los com a realidade social e encaminhar as soluções parciais num processo contínuo de reflexão-ação-reflexão. Essa noção pode ser importante para que o Aprendizado Baseado em Problemas na América Latina assuma características transformadoras radicais e que apontem para uma prática sanitária capaz de romper com as práticas técnicas individuais, restritas a ações medicamentosas, e às tentativas de mudanças de comportamentos de risco ou, ainda, às tradicionais medidas de saneamento básico. Uma prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária poderia estar voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano e efetivamente incluir a população na gestão dos sistemas de saúde, na organização da atenção e nas práticas assistenciais.

Eymard Mourão Vasconcelos - Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Aluno do Curso de Pós-Doutorado da ENSP/FIOCRUZ, no Rio de Janeiro.
E-mail: eymard@terra.com.br

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Lutar com a palavra*: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. Carta: a educação popular em saúde e o governo democrático do Partido dos Trabalhadores. *Nós da Rede*. Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde., Recife, n. 3, p. 6-8, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

Nossas Fontes



O Paulo da Educação Popular

A Educação Popular não é algo parado. Ela tem se modificado com a transformação da sociedade. Tem sido aplicada em novos e surpreendentes campos. Estamos sempre precisando de novos "Paulos Freires". **Pág. 31**

Pacientes impacientes

Reflexão feita por Paulo Freire, em 1982, na Vila Alpina, em São Paulo, num bate papo com militantes da Pastoral da Juventude, Pastoral Operária, Oposição Sindical Metalúrgica e membros de diversas Comunidades Eclesiais de Base. **Pág. 32**

Enfoques sobre educação e saúde

Este artigo pretende ser uma aproximação à área do saber denominada Educação e Saúde, com intenção de apresentar os diferentes enfoques ou modos como esta área lida com os problemas de saúde da população. **Pág. 46**

Construindo a resposta

Um artigo instigante que apresenta a definição de educação e saúde a partir de uma perspectiva histórica e da produção de um grupo de profissionais de saúde do Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. **Pág. 58**

O Paulo da Educação Popular

Eymard Mourão Vasconcelos

Ilustração: Mascaro

Paulo Freire não foi o inventor da Educação Popular. Ela foi sendo construída a partir de um movimento de muitos intelectuais latino-americanos que, desde a década de 50, vinham se aproximando do mundo popular na busca de uma metodologia de relação que superasse a forma autoritária como as elites (até mesmo as lideranças de esquerda) abordavam a população. Foram descobrindo que as classes populares, ao contrário de uma massa de carentes passivos e resistentes a mudanças, eram habitadas por grandes movimentos de busca de enfrentamento de seus problemas e por muitas iniciativas de solidariedade. Tinham um saber muito rico que as permitia viver até com alegria em meio a situações tão adversas. Esses intelectuais foram descobrindo que, quando colocavam o seu saber e o seu trabalho a serviço dessas iniciativas populares, os resultados eram surpreendentes.

O pernambucano Paulo Freire (1921-1997) foi um desses intelectuais. Mas ele foi o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência acumulada por este movimento. E fez isto de uma forma muito elaborada, elegante e amorosa. Seu livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1966, difundiu a Educação Popular por todo o mundo. Por isso, em muitos países, a Educação Popular costuma ser chamada de pedagogia freiriana. A teorização da Educação Popular permitiu não apenas a sua difusão, mas o seu aperfeiçoamento, na medida em que apurou aquilo que lhe era mais fundamental e ajudou a organizar os seus princípios de forma coerente.

Ficou, assim, mais fácil dizer o que é e o que não é Educação Popular, ajudando a superar confusões.

A Educação Popular não é algo parado. Ela tem se modificado com a transformação da sociedade. Tem sido aplicada em novos e surpreendentes campos. Estamos sempre precisando de novos "Paulos Freires" que continuem o trabalho de elaborar teoricamente essas mudanças e de sistematizar a experiência que os movimentos sociais vão acumulando em suas lutas. Este é um trabalho que tem se mostrado difícil. Por isso, temos muita saudades de Paulo Freire.

Muitas vezes, ficamos muito fascinados com os avanços conseguidos por nosso grupo e esquecemos que fazemos parte de uma construção muito antiga que envolveu a participação de muitas outras pessoas. Desprezamos esta experiência acumulada, correndo o risco de estarmos perdendo tempo na busca de "inventar novamente a roda". Para os profissionais de saúde que estão chegando agora no desafio do trabalho comunitário, é importante lembrar que tivemos um grande mestre: Paulo Freire. Quantas coisas importantes os seus escritos continuam a nos ensinar. E para homenageá-lo, nada melhor do que trazer um texto seu, com suas palavras originais. Para isso, nós da Rede de Educação Popular e Saúde, escolhemos um texto bem simples, escrito há mais de 20 anos, logo depois que ele voltou ao Brasil de seu exílio (teve de fugir do país, em 1964, por causa da perseguição da ditadura militar).



Pacientes impacientes: Paulo Freire

Paulo Freire

Ilustração: Ral

Apresentação:
Ricardo Burg Ceccim

A reflexão de Paulo Freire nos leva a compreender que só iremos superar essa postura de "querer libertar dominando", quando entendermos que não estamos "sozinhos" no mundo e que o processo de libertação não é obra de uma só pessoa ou grupo, mas sim de todos nós.

No dia 23 de janeiro de 1982, Paulo Freire esteve com a Comunidade Eclesial de Base Catuba, agrupamento social no bairro Vila Alpina, distrito de Vila Prudente, Cidade de São Paulo, para uma conversa com pessoas que, direta ou indiretamente, estavam envolvidas com o trabalho de educação popular. Estiveram presentes representantes de diversas entidades, como a Pastoral da Juventude, a Pastoral Operária, a



a Oposição Sindical Metalúrgica e outros grupos das Comunidades Eclesiais de Base (CEB), bem como outros participantes interessados em compreender sua proposta de mediação pedagógica no exercício da educação com as camadas populares, o desenvolvimento de uma metodologia educativa que fosse adequada para trabalhar com as classes populares, com os coletivos sociais ou, dizendo mais simplesmente, *com o povo*. Da gravação desta conversa foi organizado um documento, que foi e segue sendo usado como referência por diversos movimentos da sociedade, com o objetivo de orientar as ações de intervenção social nas diferentes formas de luta coletiva por democracia, cidadania, e reinvenção da vida.

Paulo Meksenas, à época ligado à Pastoral da Juventude, Setor Pastoral de Vila Prudente, hoje professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, sistematizou a gravação daquela *roda de conversa* e, em maio de 1982, organizou, em colaboração com Nilda Lopes Penteado, um documento a que intitularam *Como Trabalhar com o Povo*. O corpo de texto que apresento a seguir reproduz o temário do diálogo ocorrido naquela roda de conversa (um *círculo de cultura*, nos termos que propunha Paulo Freire) e recompõe o documento de referência dali extraído. Um círculo de cultura não seria para expor uma prescrição ou prestar receitas de conduta social, mas pôr em reflexão (em ato de pensamento) os desafios colocados às práticas sociais. Nessa *roda* em particular estavam em questão os movimentos e as práticas de *educação popular*.

O corpo textual que, então, apresento constitui uma composição sobre o registro original do professor Paulo Meksenas. Seu *pequeno livrinho*, como era intitulado *Como Trabalhar com o Povo*, em valorização de seu poder argumentativo ao pensar a prática educativa com os coletivos sociais, pertencente à Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e repassado ao Prof. Dr. Eymard

Mourão Vasconcelos, docente e pesquisador brasileiro da educação popular em saúde e da educação no âmbito do Sistema Único de Saúde, para nova divulgação e disseminação. Para a recomposição, entretanto, abri nova comunicação com leitores de Paulo Freire na contemporaneidade, como José Ivo dos Santos Pedrosa,¹ da área da saúde e Nilton Bueno Fischer, da área da educação.

Meksenas, ao concordar e autorizar a “recirculação” de seu original, declara: “É com satisfação que li a reorganização de Ricardo Ceccim sobre a comunicação de Paulo Freire. Não sabia que aquele texto, vinculado aos tempos áureos do movimento social e popular, tivesse trilhado os caminhos na educação popular em saúde que ele me relatou, fico feliz! Havia falhas no texto original de *Como Trabalhar com o Povo*, desde aqueles decorrentes de problemas de áudio e que se refletiram na transcrição das fitas, até a ausência de uma revisão gramatical qualificada. A transcrição das fitas e a organização do texto foram de minha responsabilidade, e Nilda edição com conteúdo que fosse também visual. Lancei perguntas ao longo do texto que se vinculavam a uma *prática religiosa político-popular* própria do trabalho que fazíamos junto às Comunidades Eclesiais de Base. O que precisava ser destacado, entretanto e agora podemos dispor de uma nova maneira eram as falas do Professor Paulo Freire. Era um texto que expressava um conteúdo significativo do pensamento do grande mestre e a atualidade de suas idéias justificam o novo texto, tendo ficado ótima a recomposição”.

União entre teoria e prática

Paulo Freire procurou, inicialmente, naquela roda acentuar a importância das posturas adotadas frente às práticas populares, destacando que não bastava “querer mudar a sociedade”, seria

fundamental "saber mudar", isto é, "saber mudar na direção que busca a igualdade de oportunidades e de liberdade para todos e todas". O educador lembrou que ocorrem momentos em que "nossas ações se tornam difíceis de serem desenvolvidas e nos perdemos no meio do caminho" e que, na maioria das vezes, nem percebemos, pois "herdamos de nossa história a tradição de não termos, como povo, a chance de participar das decisões da sociedade". Assim, ao tentarmos a participação, "acabamos por utilizar as mesmas ferramentas das classes dominantes".

Paulo Freire alertou a todos e a todas do grupo que só superaremos a postura "de querer libertar o dominando", quando entendemos que "não estamos sozinhos no mundo" e que o processo de libertação não é obra de uma só pessoa ou grupo, mas "de todos nós". Para isso, seria preciso "saber ler a nossa vida", isto é, procurar agir e refletir sobre nossas ações individuais e sobre as ações sociais. A esse ato Paulo Freire chamava de "unir teoria e prática", pois somente refletindo sobre essas ações podemos dar validade a elas, nos reconhecer nelas e, então, agir nos reconhecendo como "sujeitos da história", assumindo-nos como autores e não reféns da história do mundo.

Paulo Freire chamou a atenção para o fato de que "os problemas sempre virão e serão solucionados ou não, dependendo de nosso entendimento e de nossas ações", mas que o importante seria compreender que, "para lutar pela libertação ou pela autonomia", para desenvolver nossa capacidade de autoria e autodeterminação, é preciso que aprendamos, entre tantas outras virtudes, a de "vivermos pacientemente impacientes".

No encontro com Paulo Freire, o debate foi em torno das posições apresentadas pelos participantes e de uma discussão reflexiva orientada pelo educador entre estas posições práticas e suas relações com a teoria.

Paulo Freire: "Em primeiro lugar, o moço ali tem razão, quando afirmou que não se pode ficar só na teoria, isso seria fazer teorismo. O que

ensina a gente a fazer as coisas é a prática da gente. Por isso 'não faz mal nenhum', que se leia um livro ou outro. Devemos ler e é importante lermos, mas o fundamental é o fazer, isto é, lançarmo-nos numa prática e ir aprendendo-reaprendendo, criando-criando com o povo. Lendo, ao mesmo tempo, as teorias adequadas aos temas. Isso é o que ensina a gente o necessário movimento prática-teoria-prática. Agora, se há possibilidade de se bater um papo com quem tem prática ou com quem já teve prática ou, ainda, com quem tem uma fundamentação teórica a propósito da experiência, isto é excelente. A prática refletida é a práxis, e é a que indica o caminho certo a ser buscado".

"Eu me comprometo, porque eu acho isso válido, a dar o meu assessoramento a vocês. Agora, o que é preciso é 'fazer'. Assim, a gente vai tendo a sensação agradável de estar descobrindo as coisas com o povo. Então, hoje, eu tenho a impressão de que não caberia uma palestra sobre um 'Método' de realizar a educação popular, não é para isso que eu vim aqui. Eu tenho a impressão de que eu poderia colocar a nós - e não a vocês, porque eu coloco a mim também - alguns elementos, chame-mos, até, de princípios, que são válidos, não apenas para quem está metido com alfabetização, mas para quem estiver participando de qualquer tipo de pastoral [ou enfrentando as relações entre movimento e mudança]. Não importa se está fazendo alfabetização de adultos ou se está trabalhando na pastoral operária, na área da saúde ou qualquer outra que seja. Os princípios são válidos,



também, por exemplo, para quem é médico e trabalha com o povão”.

Paulo Freire então explanou sobre cinco princípios - que considerava fundamentais - aos educadores e às educadoras: saber ouvir; desmontar a visão mágica; aprender/estar com o outro; assumir a ingenuidade dos educandos(as) e viver pacientemente impaciente.

Primeiro princípio: Saber ouvir

Paulo Freire: “o primeiro princípio que eu acho que seria interessante salientar é o de que, como educadores/educadoras, devemos estar muito convencidos de uma coisa que é óbvia: ninguém está só no mundo. Dá até para dizer: ‘Mas, Paulo, como é que você foi afirmar um negócio tão besta desses?’ Claro que todo mundo aqui está sabendo que ninguém está só, mas vamos ver que implicações a gente tira dessa constatação, uma vez que é mesmo uma constatação, que ninguém precisa pesquisar para, então, revelar isso”.

“Agora, o que é fundamental, portanto, não é fazer a constatação. Fazer a constatação é muito fácil. Basta estar aqui, estar vivo. O que é importante é ‘encarnar’ essa constatação, o que traz um bando de conseqüências, um bando de implicações”.

“A primeira delas, sobretudo no campo da Educação, que é o nosso campo, é a de encarar que ninguém está só e que os seres humanos estão ‘no’ mundo ‘com’ outros seres. Estar ‘com’ os outros significa respeitar nos outros o direito de ‘dizer a sua palavra’. Aí já começa a embananar para quem tem uma posição nada humilde, uma posição de quem pensa que conhece a verdade toda e, portanto, tem que meter na cabeça de quem não a

conhece o que considera ou é mesmo verdade ou ciência”.

“Isso tem uma implicação, no campo da Teologia, que eu acho muito importante, mas não vamos discutir isso hoje. Eu gosto de falar dessas coisas, também porque, no fundo, eu sou um teólogo, porque sou um sujeito desperto, um homem em busca da preservação da sua fé, e, é inviável procurar preservar a fé, sem fazer teologia, quer dizer, sem se religar, sem ter um papo com Deus [seria como dizer ‘sem se implicar’]. A minha vantagem é que eu nunca fiz um curso de teologia sistemática, aí, então, eu posso cometer heresias maravilhosas”.

A principal implicação de reconhecer que ninguém está só é a de saber ouvir

“A primeira implicação profunda e rigorosa que surge quando eu encaro que não estou só, é exatamente o direito e o dever que eu tenho de respeitar em ti o direito de você também ‘dizer a sua palavra’. Isso significa dizer, então, que eu preciso, também, saber ouvir. Na medida, porém, em que eu parto do reconhecimento do teu direito de ‘dizer a sua palavra’, quando eu te falo porque te ouvi, eu faço mais do que falar ‘a ti’, eu falo ‘contigo’. Eu não sei se estou complicando, mas, vejam bem, eu não estou fazendo um jogo de palavras, estou usando palavras. Eu usei a preposição ‘a’, falar ‘a’ ti, mas disse que o ‘falar a ti’ só se converte no ‘falar contigo’ se eu te escuto. Vejam como, no Brasil, está cheio de gente falando ‘pra’ gente, mas não ‘com’ a gente. Faz mais de 480 anos que o povão brasileiro leva porrete!”

“Então, vejam bem, o que isso tem a ver com o trabalho do



educador? Numa posição autoritária, evidentemente, a educadora/o educador, falam ‘ao’ povo/falam ‘ao’ estudante. O que é terrível é ver um montão de gente que se proclama de esquerda e continua falando ‘ao’ povo e não ‘com’ o povo, numa contradição extraordinária com a própria posição de esquerda. Porque o correto da direita é falar ‘ao’ povo, enquanto o correto da esquerda é falar ‘com’ o povo. Pois bem, esse ‘trequinho’ eu acho de uma importância enorme. Então, essa é a primeira conclusão que eu acho que a gente tira quando percebe que não está só no mundo”.

O ‘Método Paulo Freire’ não é, na realidade, um método, não há um ‘modelo’ a seguir

“Quando a gente encarna e vive este não estar só no mundo, percebe a necessidade da comunicação, daí da alfabetização de todos e todas e logo se pensa no chamado ‘Método Paulo Freire’, mas eu não gosto de falar nisso, que é um negócio chato pra burro. Ele, no fundo, não é um método, não é nada assim como muitos dizem. Porque não deve haver um modelo a seguir, trata-se de uma ‘concepção de mundo’, é uma ‘pedagogia’, não é um método cheio de técnicas pautado pelas prescrições [ou normativas - as receitas] que deve estar aí. Eu acho que a gente sabe muito mais as coisas quando a gente apreende o significado disso que eu abordei e, portanto, põe em prática. Isso é mais relevante e significativo do que quando se está pensando no ba-be-bi-bo-bu do método. O ba-be-bi-bo-bu só se encarna quando esse princípio de apreender o significado das coisas (daí ser possível aprender verdadeiramente) é respeitado”.

“Se o alfabetizador está, sobretudo, disposto a viver ‘com’ o alfabetizando uma experiência na qual o alfabetizando ‘diz a sua palavra’ ao alfabetizador e não apenas escuta a do alfabetizador, a alfabetização se autentica, tendo no alfabetizan-

do um criador da sua aprendizagem”.

“Pois bem, esse é um outro princípio que eu acho fundamental: uma consequência desse falar ‘a’ ou do falar ‘com’: eu só falo ‘com’ na medida em que eu também escuto. Eu só escuto na medida em que eu respeito inclusive aquele que fala me contradizendo. Porque se a gente só escuta aquele ou aquilo que concorda com a gente... Puxa, é exatamente o que está aí no poder! Quer dizer, desde que vocês aceitem as regras do jogo, a abertura brasileira prossegue...”

“Quando eu era muito moço, me contaram uma história que se deu, dizem, com Henry Ford. Diz-se que um dia Henry Ford reuniu, possivelmente em Detroit, os técnicos dele, os assessores etc. e disse: ‘Olha, vamos discutir o problema do novo modelo dos carros Ford’. Então, os técnicos disseram: ‘Sr. Henry, vamos dar um jeito de acabar com esses carros só pretos, feios, danados, vamos tacar carros marrom, carro verde, carro azul, mudar o estilo, fazer um negócio mais dinâmico’. Então, quando deu 5h, dizem que Henry Ford falou: ‘Olha, eu tenho um negócio agora, vamos fazer o seguinte: amanhã a gente se reúne aqui às 5 horas pra resolver sobre as propostas’. No dia seguinte, às 15 para as 5h, os assessores estavam todos na sala e às 10 para as 5h a secretária de Ford entrou e anunciou: ‘Senhores, o Sr. Ford não pode vir, mas ele pede que os senhores façam a reunião. Ele disse que concordará com os senhores, desde que seja preta a cor dos carros’. Isso é exatamente o que está aí. Se o povo brasileiro concordar que a abertura deve ser assim, ela existe, senão... É uma coisa extraordinária isso! Uma coisa fantástica! É o que está aí!!!”

“Então, eu falo ‘contigo’ quando eu sou capaz de escutar e, se não sou capaz, eu falo ‘a ti’. O falar ‘a’ é um falar ‘sobre’, falar ‘a’ significa falar ao ‘entorno’. Eu falo ‘a’ ti sobre a situação tal ou qual. Se eu, pelo contrário, escuto também, então a consequência é outra. É assim para um trabalho de alfabetização de adultos, de educação em

saúde, de saúde, de discussão do evangelho, de religiosidade popular etc... Se eu me convenci desse falar ‘com’, desse escutar, meu trabalho parte sempre das condições concretas em que o povo está. O meu trabalho parte sempre dos níveis e das maneiras como o outro entende a realidade e nunca da maneira como eu a entendo. Está claro assim?”

Segundo princípio: Desmontar visão mágica

Paulo Freire: “um outro princípio eu registraria pra vocês refletirem. Vou dar um exemplo bem concreto. Quando eu tinha 7 anos de idade, eu já não acreditava que a miséria era punição de Deus para aqueles ou aquelas que tinham cometido pecado. Então, vocês hão de convir comigo que já faz muito tempo que eu não acredito nisso, mas vamos admitir que eu chegue para trabalhar numa certa área, cujo nível de repressão e opressão, de espoliação do povo é tal que, por necessidade, inclusive de sobrevivência coletiva, essa população se afoga em toda uma ‘visão alienada’ do mundo. Nessa visão, Deus é o responsável por aquela miséria e não o sistema político-econômico que aí está. Nesse nível de consciência, de percepção da realidade, é preciso, às vezes, acreditar que é Deus mesmo, porque sendo Deus, o problema passa a ter uma causa superior. É melhor acreditar que é Deus porque, se não, se tem a necessidade de brigar. É melhor acreditar que é Deus do que sentir medo de morrer”.



37

“Esta é uma realidade que existe. Eu não sei como é que os jovens de esquerda não perceberam esse treco ainda. Então, não é possível chegar a uma região como essa onde estamos hoje e fazer um discurso sobre a luta de classes. Não dá, mas não dá mesmo! É absoluta inconsciência teórica e científica. É ignorância da ciência fazer um treco desses. É claro que um dia vai se chegar a abordar o tema das classes sociais, mas é impossível, enquanto não se desmontar a visão mágica, isto é, a compreensão mágica da realidade. Porque, vejam bem, se houvesse a possibilidade de uma participação ativa, de uma prática política imediata, essa visão se acabaria”.

“É uma violência você querer esquecer que a população ainda não tem a possibilidade de um engajamento imediato. O que aconteceria é que vocêalaria ‘à’ comunidade e não ‘com’ a comunidade. Você faria um discurso brabo danado. E o que é que você faria com esse discurso? Criaria mais medo. Meteria mais medo na cabeça da população. Quero dizer que aquilo que a gente tem que fazer é partir exatamente do nível em que essa massa está. Diante de um caso como esse, há duas possibilidades: a primeira, é a gente se acomodar ao nível da compreensão que a população tem e a gente passa a dizer que, na verdade, é Deus mesmo que quer dizer isso (essa é a primeira possibilidade de errar); a segunda possibilidade de errar é arrebentar com Deus, é dizer que o culpado é o imperialismo. Vejam a falta de senso desse pessoal. Porque, no fundo, isso é falta de compreensão do fenômeno humano, da espoliação e das suas raízes. É engraçado: fala-se tanto em dialética e não se é dialético (dialética é o processo de conhecimento pelo qual se acerta o caminho certo por meio de um processo de reflexão em cima da realidade ou prática)”.

“Vamos ver o que acontece na cabeça das pessoas se Deus é o responsável e Deus é um caboclo danado de forte, o Criador desse treco tod-

nho. O que é que não pode gerar na cabeça de um cara desses se a gente chega e diz que não é Deus? A gente tem que brigar contra uma situação feita por um Ser tão poderoso como este e, ao mesmo tempo, tão justo. Essa ambigüidade que está aí significa pecar. Então, a gente ainda mete mais sentimento de culpa na cabeça da massa popular”.

“Se Deus é o culpado, o que a gente tem que fazer num caso como este é aceitar. Eu me lembro, por exemplo - antes do Golpe de Estado, quando eu trabalhava no Nordeste - de um bate-papo que eu tive com um grupo de camponeses em que a coisa foi essa: dentro de poucos minutos os camponeses se calaram e houve um silêncio muito grande e, em certo momento, um deles disse”:

- O senhor me desculpe, mas o senhor é que devia falar e não nós.

- Por que? -eu disse.

- Porque o senhor é que sabe e nós não sabe - respondeu.

- Ok, eu aceito que eu sei e que vocês não sabem. Mas por que é que eu sei e vocês não sabem?

Vejam: eu aceitei a posição deles em lugar de me sobrepor à posição deles. Eu aceitei a posição deles, mas, ao mesmo tempo, indaguei sobre ela, sobre a posição deles. Eles voltaram ao papo e aí me respondeu um camponês:

- O senhor sabe porque o senhor foi à escola e nós não fomos.

- Eu aceito, eu fui à escola e vocês não foram. Mas por que, que eu fui à escola e vocês não foram?

- Ah, o senhor foi porque os seus pais puderam e os nossos, não!

- Muito bem, eu concordo, mas porque que meus pais puderam e os seus não puderam?

- Ah, o senhor pôde porque seu pai tinha trabalho, tinha um emprego e os nossos, não.

- Eu aceito, mas por que, que os meus tinham e os de vocês, não?

- Ah, porque os nossos eram camponeses.

Aí um deles disse:

- O meu avô era camponês, o meu pai era camponês, eu sou camponês, meu filho é camponês e meu neto vai ser camponês!

Temos aí uma concepção “fatalista” da história, então podemos questionar e questionei:

- O que é ser camponês?

- Ah, camponês é não ter nada, é ser explorado.

- Mas o que é que explica isso tudo?

- Ah, é Deus! É Deus que quis que o senhor tivesse e nós não.

- Eu concordo, Deus é um cara bacana! É um sujeito poderoso. Agora, eu queria fazer uma pergunta: quem aqui é pai?

Todo mundo era. Olhei assim pra um e disse:

- Você, quantos filhos tem?

Ele respondeu:

- Tenho seis.

- Vem cá, você era capaz de botar 5 filhos aqui no trabalho forçado e mandar 1 para Recife, tendo tudo lá? Comida, local para morar e estudar e poder ser doutor? E os outros 5, aqui, morando no porrete, no sol?

- Eu não faria isso não.

- Então você acha que Deus, que é poderoso e que é Pai, ia tirar essa oportunidade de vocês? Será que pode?

Aí houve um silêncio e um deles disse:

- É não, não é Deus nada, é o patrão.

Quer dizer, seria uma idiotice minha se eu dissesse que era o patrão imperialista “yanque” e o cabra iria dizer:

- O que é, onde mora esse home?!

“Olhem, a transformação social se faz com ciência, com consciência, com bom senso, com humildade, com criatividade e com coragem. Como se pode ver, é trabalhoso, não é? Não se faz isso na marra, no peito. ‘O voluntarismo nunca

fez revolução em canto nenhum. Nem “espontaneísmo”, tampouco. A transformação social, a revolução, implica convivência com as massas populares e não distância delas. Esse é o outro princípio que eu deixaria registrado aqui para vocês refletirem”.

Paulo Meksenas e Nilda Lopes Penteadó, neste ponto da abordagem de Paulo Freire, desafiavam aos que tinham lido seu registro, propondo em seu ‘livrinho’ que ‘refletissem’. Esta ‘parada’ propunha refletir, gerando interrogações (perguntar o mundo), buscando as implicações de si com o mundo. Em um sentido freireano, contribuiria para um novo despertar da consciência, tornando-se cada vez mais crítica. A proposta de comunicação acessível com um texto de Paulo Freire não é uma leitura ilustrativa do seu pensamento intelectual, mas para uma apreensão da nossa implicação, para a apreensão de nossa capacidade de ler o mundo. Não se trata de mais erudição sobre um tema, mas a capacidade de operar, por meio do conhecimento, com práticas de vida e ação na sociedade, por isso, reproduzo, mais ou menos aquelas interrogações:

- O que mais lhe chamou atenção no texto?

- Que tipo de vivência temos com pessoas alienadas, no ônibus, no bairro, na escola? Quais seriam bons exemplos?

- Na prática dos nossos grupos, estamos *com* o povo ou *para* o povo?

- Por que existem poucas experiências de *falar com o povo* e muitas experiências de *falar para o povo*?

- Como podemos viver a experiência dos companheiros e escutá-los para, assim, despertar neles a consciência crítica por meio de um processo de ação-reflexão-ação? Quais seriam pistas concretas?

Terceiro princípio: Aprender / Estar com o outro

Paulo Freire: “um outro princípio que a gente tira daquele ‘com’ e daquele ‘a’ é o seguinte: é que ninguém sabe tudo, nem ninguém ignora tudo, o que equivale a dizer que não há, em termos humanos, sabedoria absoluta, nem ignorância absoluta.

Eu me lembro, por exemplo, de um jogo que fiz no Chile, no interior, numa casa camponesa, onde os camponeses também estavam inibidos, sem querer discutir comigo, dizendo que eu era o doutor. Eu disse que não e propus um jogo que era o seguinte: eu peguei um giz e fui pro quadro negro. Disse: eu faço uma pergunta a vocês e, se vocês não souberem, eu marco um gol. Em seguida, vocês fazem uma pergunta pra mim, se eu não souber, vocês marcam um gol.

Continuei:

- Quem vai fazer a primeira pergunta sou eu, eu vou dar o primeiro chute: eu gostaria de saber o que é a hermenêutica socrática?

Eu disse, de início, esse treco difícil mesmo, um treco que vem de um intelectual. Eles ficaram rindo, não sabiam lá o que era isso. Aí eu botei um gol pra mim.

- Agora, são vocês! Um deles se levanta de lá e me faz uma pergunta sobre semeadura. Eu não entendia pipocas! - Como semear num o quê? Aí eu perdi, foi um a um. Eu disse a segunda pergunta:

- O que é alienação em Hegel? -Dois a um.

Eles levantaram de lá e me fizeram uma pergunta sobre praga. Foi um negócio maravilhoso. Chegou a 10 a 10 e os caras se convenceram, no final do jogo, que, na verdade, ninguém sabe tudo e ninguém ignora tudo.

Elitismo e basismo, duas formas de não “estar com”

“Há dois erros importantes relativos ao ‘estar diante’ das classes populares e que são duas

formas de ‘não estar com’ as classes populares: o **elitismo** e o **basismo**”.

“O entendimento equivocado do conhecimento intelectual como superior é o elitismo, mesmo que, em termos teóricos, o intelectual diga: ‘a gente precisa é viver o conhecimento’. A gente precisa é viver o que se diz, essa é a minha ênfase. Todo mundo aqui sabe que não está só no mundo. Ok, mas é preciso viver a consequência disso, sobretudo se a opção é libertadora. O que é preciso é encarnar isso, sobretudo quando a gente se aproxima da massa popular. Muitos de nós vão às massas populares arrogantemente, elitistamente, para ‘salvar’ a massa inculta, incompetente, incapaz... Isso é um absurdo! Porque, inclusive, não é científico. Há uma sabedoria que se constitui na massa popular pela prática”.

“Há, também, um outro equívoco, que é o que também se chama de basismo. ‘Ou vocês estão dentro da base o dia todo, a noite toda, moram lá, morrem lá ou não podem dar palpite nunca!’ Isso é conversa fiada! Esse treco também não está certo, não. Esse negócio de superestimar a massa popular é um elitismo às avessas. Não há porque fazer isso, não senhor! Eu tenho a mão fina. A sociedade burguesa em que eu me constituí como intelectual não poderia ter-me feito diferente. Eu devo ser humilde o suficiente para acei-

tar uma verdade histórica, que é o meu limite histórico, ou, então, eu me suicido! Eu não vou me suicidar porque é dentro dessa contradição que eu me forjo como um novo tipo de intelectual. Então, eu entendo esse treco. E afirmo que eu tenho uma contribuição a dar à massa popular. Nós temos uma contribuição a dar, mesmo não vivendo e morrendo no meio do povo”!

“Agora, para mim, o que é fundamental é o seguinte: é que essa contribuição só é válida na medida em que eu sou capaz de partir do nível em que a massa está e, portanto, de aprender com ela. Se não for assim, então a minha contribuição não vale nada ou, pelo menos, vale muito pouco. Então, esse é outro princípio independente de tecnicazinha de ba-be-bi-bo-bu. Quer dizer, é esse ‘estar com’ e não simplesmente ‘para’ e, jamais, ‘sobre’ o outro. É isso o que caracteriza uma postura realmente libertadora. Bacana era se a gente tivesse tempo de ir mostrando essas afirmações à luz da experiência para perceber o que significam”.

Paulo Meksenas e Nilda Lopes Penteadado retomam novamente a reflexão. A reflexão é um estabelecer contato com (estar com). Nesse caso, com os leitores e também recupero, em parte suas questões:

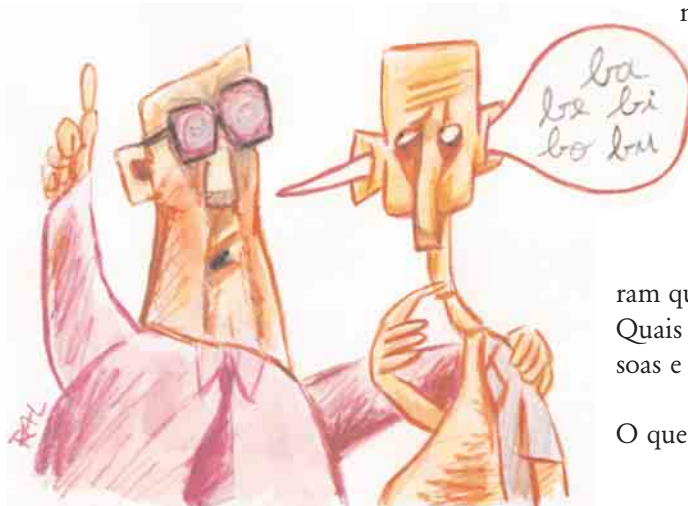
- Revendo os questionamentos anteriores e nossa ação social, há falhas? Por quê?

- Muitas vezes a gente fala que o povo lá do bairro é ignorante, não sabe das coisas. Como fica, então, essa afirmação: ninguém sabe tudo e ninguém ignora tudo?

- O que é ser culto?

- Por que as camadas populares consideram que as pessoas que têm diploma sabem tudo? Quais as consequências dessa atitude para as pessoas e para a sociedade?

- Como devem ser valorizadas as pessoas? O que podemos fazer a partir dessa reflexão?



Quarto princípio: assumir a ingenuidade dos educandos

Paulo Freire: “outro princípio que eu acho fundamental é a necessidade que a gente tem de assumir a ingenuidade do educando, seja ele ou ela universitário ou popular. Eu estou cansado de me defrontar nas universidades onde eu trabalho com perguntas que às vezes eu não entendo. Não entendo a pergunta porque o cara que a está fazendo não sabe fazê-la. Agora vocês imaginem o seguinte: que pedagogo seria eu se, ao ouvir uma pergunta mal formulada, desorganizada e sem sentido, respondesse com ironia? Que direito teria eu em dizer que sou um educador que penso em liberdade e respeito se ironizo uma questão do outro?”

“Não podemos fazer isso de maneira nenhuma. Às vezes me sinto numa situação meio difícil porque um / uma estudante coloca a questão e eu realmente não estou entendendo. Quando isso se dá nos Estados Unidos da América, eu até tenho a chance de dizer: ‘eu não entendo bem o inglês, poderia repetir?’ Aqui, eu não posso dizer: ‘olha eu não entendo bem o português’. Então eu digo pro / pra estudante: ‘olha eu vou repetir a sua pergunta e você presta atenção pra ver se eu não distorço o espírito da sua questão; se eu distorcer você me diz’. Então eu repito a pergunta que ele / ela me fez, reformulando do modo mais claro a maneira como entendi. Ai o / a estudante pode me dizer: ‘era isso mesmo o que eu queria perguntar; só que eu não tava sabendo’. Eu digo: ‘Ah! Então ótimo!’ Mas se eu digo: ‘Não, o senhor / senhora é um idiota’, com que autoridade eu poderia dizer isso ao / a jovem estudante? Que sabedoria teria eu pra dizer isso?”

Quem sou eu? Então esse é outro treco que eu considero absolutamente fundamental. Na medida em que você assume a posição ingênua do educando, você supera essa posição ‘com’ ele / ‘com’ ela e não ‘sobre’ ele / ‘sobre’ ela.

“Qual é a nossa opção? Desenvolver a coragem de correr risco ou desenvolver a marca do autoritarismo? Talvez seja necessário começar a aprender tudo de novo, contar com outras experiências, porque se é fundamental assumir a ingenuidade do educando, é absolutamente indispensável assumir criticidade do educando diante da nossa ingenuidade de educador. Esse é o outro lado da medalha para o educador que se coloca como auto-suficiente, onde somente o educando nunca seria auto-suficiente. No fundo, esse educador é que é ingênuo, porque a ingenuidade se caracteriza pela alienação de si mesmo ao outro, ou, ainda, pela transferência de sua ingenuidade para outro: ‘eu não sou ingênuo, o Patrício é que é ingênuo’. Eu transfiro para ele a minha ingenuidade. Acontece que eu sou crítico na medida em que reconheço que eu também sou ingênuo, porque não há nenhuma absolutização da criticidade. O educador que não faz essa dinâmica, esse jogo de contrários, pra mim não trabalha pela e para a libertação (o desenvolvimento da autonomia)”.

A Educação é um ato político

“Para terminar essa série de considerações, eu diria a vocês o seguinte: tudo isso é política, porque no fundo, a educação é um ato político! Educação é tanto um ato político quanto um ato político-educativo. Não é possível negar de um lado a politicidade da educação e de outro a educabilidade do ato político. É nesse sentido

PS.: Registramos o agradecimento à APSP e ao Professor Eymard Mourão Vasconcelos, pelo repasse do material de base para esta organização, ao Professor Nilton Bueno Fischer por incentivar essa divulgação e disseminação e por nos colocar em contato com a viúva do educador, a Dra. Ana Maria Araújo Freire (Nita), a quem agradecemos de maneira especial pela leitura e por seus comentários, e, principalmente, pelo acolhimento a nossa iniciativa de novo diálogo com o professor e pensador Paulo Freire.

que todo partido é um educador sempre, mas depende que educação é essa que esse partido faz. Depende de com quem ele está. A favor de quem está o educador ou a educadora? Então, se a educação é sempre um ato político, a questão fundamental que se coloca para mim é a seguinte: ‘Qual é a nossa opção?’ O educador, a educadora, somos todos políticos. O que é importante, entretanto, é saber a favor de quem está a política que nós fazemos”.

“Clareada a nossa opção, a gente vai ter que ser coerente com ela: aí se fecha o cerco, porque não adianta que eu passe uma noite fazendo esse curso aqui e, depois, vá para a área da favela salvar os favelados com a minha ciência, em lugar de aprender com os favelados a ciência deles. Na verdade, meus amigos, não é o discurso que diz se a prática é válida, é a prática que diz se o discurso é válido ou não é. Quem ajuíza é a prática. Sempre! Não o discurso. Não adianta uma proposta revolucionária se no dia seguinte minha prática é de manutenção de privilégios. Isso eu acho que é fundamental”.

Correr risco e reinventar as coisas

“Há uma série de outras coisas, mas eu diria a vocês que o fundamental está na coerência com a opção de correr risco. Mudar é como uma aventura permanente ou não é ato criador. Não há criação sem risco. O que a gente tem que fazer é **reinventar** as coisas.

“Temos que combater em todos e todas nós uma marca trágica que nós carregamos, os brasileiros e brasileira, que é a do autoritarismo que marcou os primórdios do nosso nascimento. O Brasil foi inventado autoritariamente e é autoritariamente que ele continua. Não é de se espantar de maneira nenhuma que a abertura contra a repressão ou a opressão se faça autoritariamente. Eu fiz um discurso em Goiânia, no Congresso Brasileiro de Professores, em que eu li uma série de textos começando por um sermão fantástico do Padre

Vieira, durante a guerra dos holandeses. Eu comecei por aí porque não tive tempo de ir mais fundo. Eu passei uns 10 minutos lendo um trechinho de um sermão maravilhoso em que o Padre Vieira falava ao vice-rei do Brasil, Marquês de Montalvan, no Hospital da Misericórdia na Bahia”.

“Ele dizia uma coisa muito bonita: em nenhum milagre Cristo gastou mais tempo, nem mais trabalho teve do que em curar o endemoniado mudo. Esta tem sido a grande enfermidade deste país: o silêncio. Um silêncio a que tem sido, sempre, submetido o povo. O que Vieira não disse, inclusive porque ele não faria essa análise de classe tão cedo, é que, sobretudo nesse país, quem tem ficado muda é a classe popular. Não quero dizer ficar muda no sentido de não fazer nada, mas não terem a sua voz reinventando as coisas. Elas têm feito rebelião constantemente, as lutas populares nesse país são coisas maravilhosas! Só que a historiografia oficial, em primeiro lugar, esconde as lutas populares; em segundo lugar, quando conta, conta distorcidamente e, em terceiro lugar, o poder autoritário faz tudo pra gente esquecer. Essa é uma marca de autoritarismo do nosso país”.

Comece a reaprender de novo

“Se você pretende pra semana começar um trabalho com grupos populares, esqueça-se de tudo o que já lhe ensinaram, dispa-se, fique nú de novo e comece a se vestir com as massas populares. Esqueça-se da falsa sabedoria e comece a reaprender de novo. É aí que vocês vão descobrir a validade daquilo que vocês sabem, na medida em que vocês trestam o que vocês sabem com o que o povo está sabendo. Eu acho que isso é básico. Eu nunca escrevi nada que não tivesse feito. Nem carta eu posso fazer se eu não tiver algo importante sobre o que compartilhar”.

“Essa é uma das minhas boas limitações. Meus livros são sempre relatórios. São relatórios teóricos, mas feitos a partir da prática. Isso significa

que aquele que pretende trabalhar com esses relatórios que são os meus livros, deve, sobretudo, estar disposto a recriar o que eu fiz, a refazer. Não copiar, mas reinventar as coisas”.

“Assim que cheguei da Europa, no ano passado, para morar de novo no país, eu trabalhei um semestre com um grupo de jovens que realizava uma experiência de educação numa favela. Durante a construção de um barraco, eles realizaram uma experiência de alfabetização muito interessante, depois sumiram. Mas tarde, eles apareceram de novo e me disseram: ‘Paulo a coisa mais formidável que a gente tem pra dizer é que por mais que a gente tivesse lido você e conversado com você, a gente cometeu um erro tremendo. A gente tinha botado na cabeça da gente que o povo queria ser alfabetizado. Como a gente sugeriu ao povo que a alfabetização era importante, o povo passou 6 meses com a gente falando daquilo por causa da gente. depois que o povo ganhou intimidade com a gente eles falaram, dando risada: ‘nóis nunca quis isso!’ ”.

“Vocês vejam, olha era uma equipe bacana que tinha lido tudo meu, que tinha discutido comigo 1 semestre. Eu também fui enrolado pela equipe. Essa equipe estava totalmente convencida do que o povo queria. na verdade, essa equipe tinha transferido ao povo a necessidade de alfabetização. Isso é outra coisa importante. Num país que há 480 anos o povão leva porrete, é a coisa mais fácil do mundo você chegar com pinta de intelectual e terminar insinuando / sugerindo que há uma necessidade que o povo deve atender a ela. O povo vai dizer: ‘É senhor, é o que eu quero’. Essa é uma advertência que eu faço a vocês”.

Quinto princípio: Viver pacientemente impaciente

O desafio político de “viver pacientemente impaciente” configurou a conclusão daquela roda de

conversacom educador, retomando a relação entre movimento e mudança. Exatamente ao final da conversação, Freire formulou, como mais uma advertência, que seria necessário, viver pacientemente a impaciência: “Uma coisa que eu sempre falo e que poria agora como um dos princípios que eu esqueci”. A advertência é recuperada como princípio, uma vez que configura um desafio político relativo à própria existência: uma ética da afirmação da vida, como aparece na pedagogia de Paulo Freire.

Paulo Freire: “a impaciência significa a ruptura com a paciência. Quando você rompe com um desses dois pólos, você rompe em favor de um deles. Esse é o princípio para aprender a trabalhar ‘com’ o povo e para construir ‘com’ o povo o seu direito à liberdade e à afirmação da vida com dignidade”.

“O educador e a educadora, no exercício da opção a que têm o direito de fazer, têm que viver pacientemente impaciente. Todo agente de lutas tem de viver a relação entre impaciência e paciência. Não é possível ser só impaciente como muita gente é. Querer fazer revolução daqui à quinta-feira. E meter na cabeça da gente um desenho da realidade que não existe, como esse por exemplo: ‘As massas já têm o poder no Brasil, só falta o governo’. Isso só existe na cabeça de alguém, não na realidade econômica, política e social do Brasil. Se você rompe em favor da paciência, você cai refém das vozes e dos poderes dominantes, não impondo sua palavra e seu poder de reinvenção.

Para Freire, viver a relação paciência e impaciência é não perder a crítica, assumir a ingenuidade em si e do outro, recriar, reaprender de novo e, afinal, *fazer*. Assim é que se teria o poder de fazer com criticidade aquilo que se quer e que precisa ser feito.

Fechamento

A tática pedagógica “viver pacientemente impaciente”, de Paulo Freire, contém uma impor-

tante formulação para a qual deve estar atenta a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação dos usuários (pacientes nas formulações relativas ao cuidado e ao tratamento em saúde). O princípio antropológico, político e do direito, tanto quanto pedagógico, de que os pacientes (os usuários, melhor dito) estejam, sempre, de fato, impacientes é para que o Sistema de Saúde a que têm acesso seja aquele que possa estar conosco em nossas lutas pelo viver. Paulo Freire entendia que os trabalhadores e trabalhadoras de saúde deveriam ser desafiados a contribuir ativamente com os usuários de suas ações e serviços na luta pelo direito à saúde. Não entendendo tecnicamente o ba-be-bi-bo-bu das ciências do cuidado e do tratamento, mas usando o conhecimento técnico para a construção da autonomia dos usuários, de seu direito de apropriação do sistema de saúde vigente no país e disputando por seu direito de satisfação com o mesmo.

A Lei Orgânica da Saúde assegurou, entre seus princípios (art. 7ª, Lei Federal nº 8.080/1990), a integralidade da atenção à saúde; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; o direito às pessoas sob assistência à informação sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; a participação popular eo exercício do controle da sociedade sobre as ações do Estado.

Não consta, entretanto, entre os princípios do SUS, o direito à educação popular em saúde e o dever de permeabilidade desse sistema ao "povo", segundo a equidade exigida pelas diversidades sociais. Para um sistema de saúde, pautado pela integralidade, precisaríamos, então, do cumprimento de uma ação de educação popular, onde esse "direito de todos e dever do Estado" se elevasse à condição de disponibilidade de trabalhadores capazes de *estar com* os usuários e a condição de aceitação dos usuários como capazes de se tornarem *pacientes impacientes*. Um direito à educação popular em

saúde, nos termos de Paulo Freire, seria a oferta de condições reais de participação e exercício do controle social, segundo uma pedagogia do desenvolvimento da autonomia, co compartilhamento dos vários saberes e do esquecimento da Verdade, ciência para poder ouvir e estar com. Somente, então, buscar naquilo que se aprendeu o que se pode ofertar, aprender em ato de ensinar e ensinar em ato de aprender. A conquista desse direito somente se dará se formos, na condição de pacientes, impacientes com a falta de comunicação, com a conservação de preconceitos e exclusões, com a ausência de acolhida aos nossos jeitos de ser e de estar e de demandar ajuda, impacientes com um mundo e um sistema de saúde que não corresponde à correlação entre movimento e mudança para a reinvenção das verdades, das ciências, dos sentidos comuns e das práticas.

O SUS é o território onde estabelecemos nossa luta pela saúde, sabendo que a própria luta é componente da conquista de mais saúde em nossa experiência de viver (CECCIM, 2006), por isso a advertência de Paulo Freire é também nosso alívio e alegria (expressão de Emerson Merhy): os problemas sempre virão e serão solucionados ou não, dependendo de nosso entendimento e de nossas ações, o grande aprendizado, entretanto, sobrevem justamente de vivermos pacientemente impacientes.

Registro o agradecimento à Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) pelo repasse da primeira publicação para ser aqui reorganizada; ao Professor Doutor José Ivo dos Santos Pedrosa pelo cuidado com a releitura dessa organização; ao Professor Doutor Nilton Bueno Fischer por incentivar esta divulgação e disseminação, acrescer opiniões e colocar-me em contato com a Professora Doutora Ana Maria Araújo Freire (Nita), viúva do educador, a quem agradeço de maneira muito especial a atenta leitura e as ressalvas para a maior proximidade possível desse corpo textual com o acúmulo da produção de sentidos pedagógicos expressos por Paulo Freire em sua carreira. Também ao

Professor Doutor Paulo Meksenas com quem tive a satisfação de compartilhar o produto final desta atual comunicação e ainda o estímulo à recirculação de idéias para as reflexões da educação popular em saúde. Agradeço à Nita Freire principalmente pelo acolhimento à nossa iniciativa de novo diálogo com o professor e pensador Paulo Freire.

Ricardo Burg Ceccim. Porto Alegre, 26 de maio de 2005.

Comentários e conclusão, por Ana Maria Araújo Freire (Nita Freire)

Por se tratar de uma composição que se aproxima o mais possível do que dizia Paulo - e diria, depois, explicitamente na sua *Pedagogia da Esperança* - e não uma reprodução textual dos anos 1980 - porque assim sendo não seria de meu direito legal aprovar uma republicação e nem seria também de minha alçada comentá-la - aceitei como esposa e colaboradora de Paulo Freire, a solicitação de Ricardo Burg Ceccim para fazer uma leitura desse texto recomposto por ele (autorizado por Paulo Meksenas) e tecer alguns comentários.

Realmente, sinto e constato como a obra e a práxis de Paulo vem, cada dia mais - e mais profundamente -, contribuindo para aclarar temas e questões em várias áreas do conhecimento científico e, assim, influenciar e incentivar as transformações sociais necessárias. Valorizando o povo, o senso comum e sua prática - tanto quanto o conhecimento produzido por ele. Paulo deles partiu para mostrar as possibilidades de nos construirmos, em comunhão, com tolerância e espírito de justiça, cidadãos solidários da sociedade brasileira, que assim abriria a possibilidade fazer-se verdadeiramente democrática.

Este pequeno texto recriando um encontro e falas de Paulo com uma comunidade popular de São Paulo e com outros/as educadores/as, prova a minha afirmativa: a possibilidade das contribuições de Paulo servirem para assegurar melhores condições de vida para o povo brasileiro, para as suas camadas populares. Os que se preocupam com a área de saúde, com o cuidado com a vida que todos e todas merecem encontram em Paulo comunicação com o seu fazer. Um de seus expert, sentindo isso, vivendo isso, entendendo isso resolveu que deveria procurar em meu marido, através de uma de suas virtudes, dialeticamente posta em sua teoria, como uma tática pedagógica *dar voz e vida* às camadas populares: viverem a paciência, impacientemente. Colocada em sua compreensão de educação por sua coerência entre o seu sentir e o seu dizer, os que se engajam nas ciências do cuidado e do tratamento da saúde do povo, política e eticamente, evocam esta virtude colocando-a como um direito dos pacientes dos serviços públicos de saúde, o de tornarem-se impacientes.

Orgulho-me de que Paulo, como pensador e educador político possa, mesmo com seus pequenos e aparentemente simples *bate-papos* incentivar *quepensares* e *quefazer*es para a política de saúde na qual a sua *pedagogia do oprimido* ensina aos doutores da saúde e aos que fazem a burocracia do campo sanitário que todos nós homens e mulheres devemos ser Seres Mais. Orgulho-me que estes e aqueles estão aliando-se a Paulo na busca de que os Seres Menos, sem direito a comer, a estudar, a morar e a ter saúde ,devam e possam sonhar com a possibilidade de tornarem-se, conscientemente, pacientes impacientes.

São Paulo, 1^a de julho de 2005.

Ana Maria Araújo Freire (Nita)

Organizador: Ricardo Burg Ceccim, maio de 2005.

REFERÊNCIAS

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: uma reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (Org.). *Saúde e sexualidade na escola*. 5. ed. Porto Alegre: Mediação, 2006. p. 37-50.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança*. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

MERHY, Emerson Elias. *Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão anti-*

manicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004.18p. Disponível em:

<<http://paginas.terra.br/saude/merhy>>.

Enfoques sobre educação popular e saúde

Eduardo Stotz

Ilustração: Lin

A evolução histórica da educação e saúde, seus fundamentos e as mudanças individuais e coletivas analisadas a partir de um olhar do autor sobre o valor social da saúde.

O que se entende por Educação e Saúde e quais são os seus fundamentos?

A Educação e Saúde é, do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para "instrumentalizar" o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas.

O aspecto principal dessa orientação reside na apropriação, pelos educadores profissionais e técnicos em saúde do conhecimento técnico-científico da biomedicina (ou medicina ocidental contemporânea) sobre os problemas de saúde que são, a seguir, repassados como normas de conduta para as pessoas.

O modelo explicativo dos problemas de saúde vigente atualmente é o da multicausalidade do processo de adoecer e morrer, mas as respostas encaminhadas assumem, em regra, o sentido da causalidade linear. Assim, embora se saiba que as pessoas se tornam diabéticas em razão de problemas que são tanto imunológicos, como emocionais



e sociais, estes problemas são quase sempre reduzidos à sua dimensão fisiopatológica. É por isso que um autor (VUORI, 1987) afirmou que a educação sanitária (termo que aqui vai ser usado no duplo sentido de educação em saúde e de educação para a saúde) define-se como um ramo ou método da medicina preventiva.

Em texto escrito no ano de 1990, afirmamos (STOTZ, 1993, p. 14) que:

Embora nem todos possam concordar com essa afirmação, parece caber razão ao autor quando observa que a maioria dos educadores sanitários, em muitos países, adota as bases filosóficas da medicina. Esse domínio da medicina sobre a educação sanitária expressa-se, segundo o mesmo autor, no conteúdo da formação, posto que 'os problemas são definidos sob o ponto de vista médico e os diagnósticos proporcionam o ponto de partida. As atividades de educação sanitária são afins a esse padrão de problemas medicamente definidos, que freqüentemente terminam em programas e campanhas fragmentadas, focalizadas em um problema apenas.

Vale dizer ainda que as bases filosóficas da biomedicina compreendem, de acordo com o autor citado, os seguintes princípios componentes:

- homem como manipulador da natureza, com direito a manipulá-la em seu próprio proveito;
- o homem separado do seu meio ambiente e elevado a objeto exclusivo de investigação médica;
- uma visão mecanicista do homem que exige enfoque manipulador de engenharia para restaurar a saúde e que enfatiza o papel das ciências naturais no estudo do homem e suas doenças;
- o conceito ontológico da doença que fundamenta o estudo das doenças sem ter em conta os fatores relacionados com o hospedeiro.

No artigo *A Biomedicina*, Kenneth Rochel de Camargo Junior ressalta um princípio que Vuori não contempla explicitamente, a saber, o de que a biomedicina implica, por sua vinculação ao imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica "... a produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais ..." (CAMARGO JR, 1997).

Esse caráter generalizante das proposições da biomedicina leva, por outro lado, à exclusão das racionalidades médicas alternativas ou concorrentes, como a homeopatia e outras medicinas holísticas.

O modelo de ser humano da biomedicina é o organismo humano, uma abstração analítico-mecanicista construída ao longo do tempo da modernidade, isto é, da organização da sociedade fundada no modo de produção capitalista e no desenvolvimento correspondente das práticas científicas, políticas e institucionais que lhe deram forma e legitimidade a partir do século XVII até os nossos dias.

Do ponto de vista filosófico, a visão que acompanha essas transformações é a do racionalismo, proposta na França, por Descartes, na

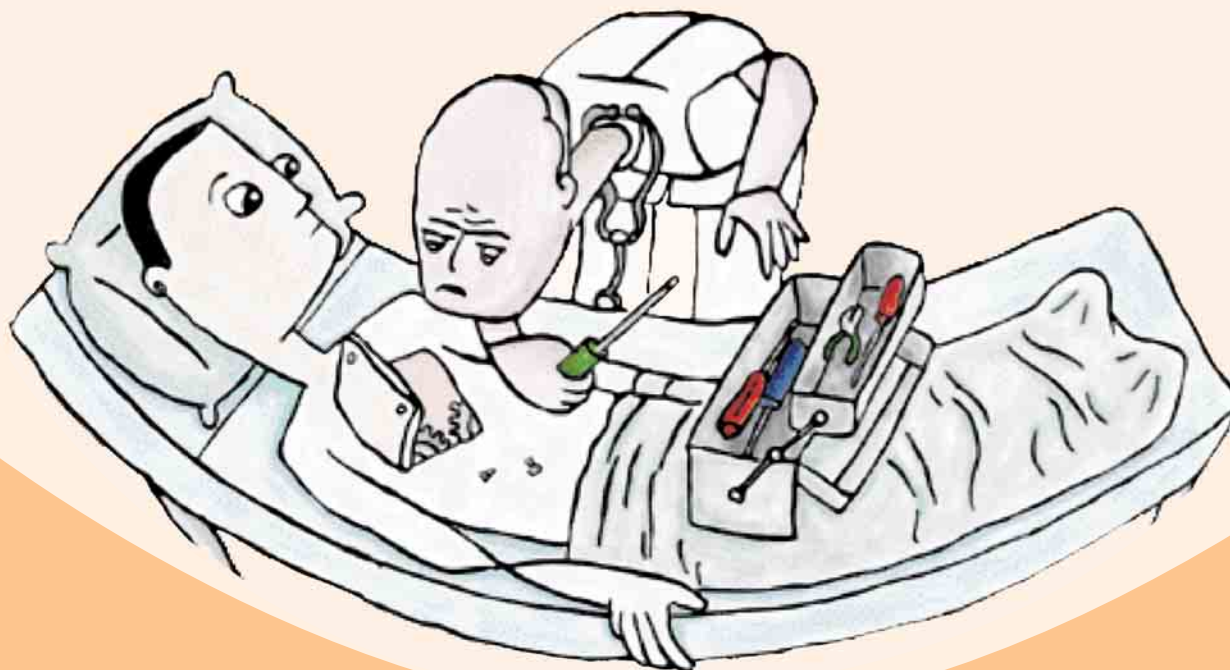
Inglaterra, por Hobbes, e na Holanda, por Spinoza, durante o século XVII.

Na obra *Discurso sobre o Método*, de Descartes, a razão é transformada no critério decisivo sobre a variação infinita da realidade e dos nossos juízos sobre ela. Ao dizer que somente não posso duvidar de que penso, Descartes disse algo mais: que sentimos o mundo com o corpo, mas a mente é que produz o conhecimento sobre o mundo. A separação entre mente e corpo proposta pelo filósofo já implicava a idéia de que somos um complexo mecanicismo. O poder conferido à razão implicava na formulação da idéia de verdade e erro, de ciência e senso comum e estava associada à idéia de política como expressão da ação racional dos seres humanos.

Esta concepção somente foi possível porque pressupunha, por outro lado, uma compreensão do próprio homem como um indivíduo livre de qualquer dependência pessoal, uma compreensão radicalmente nova que estava nascendo como resultado do comércio de longa distância entre as cidades em várias regiões da Europa e o resto do mundo, desde fins do século XV e inícios do XVI.

Michel Foucault destacou no pequeno e instigante ensaio *O nascimento da Medicina Social*, a vinculação entre o indivíduo abstrato e racional dos filósofos e a idéia de corpo e de organismo dos médicos, amparada na anatomia e fisiopatologia, que somente pode desenvolver-se quando o problema da saúde surgiu no nível do controle da força de trabalho industrial, na Inglaterra, em meados do século XIX (FOUCAULT, 1989).

Deve-se lembrar também que a sociedade organizada sob o modo de produção capitalista gerou movimentos antagônicos à medida que o crescimento da força de trabalho assalariada, ao expressar-se em termos de reivindicação por redistribuição da riqueza e participação política, suscitou a oposição da classe capitalista. Os séculos XIX e XX foram marcados por convulsões e revo-



luções sociais que colocaram em questão o domínio absoluto das leis do mercado capitalista.

Uma corrente de esquerda surgiu no campo da Saúde, emergindo com as primeiras manifestações revolucionárias da classe operária: Guérin, na França, Neumann e Virchow, na Alemanha, foram os pensadores sociais da saúde, cujos nomes aparecem vinculados às jornadas revolucionárias que atingiram seu ponto culminante em 1848. Quase um século depois, esse pensamento foi retomado por Henry Sigerist, durante as décadas de 30 e 40, nos Estados Unidos, e por Juan César Garcia, durante as décadas de 60 e de 70, na América Latina. Esta corrente de pensamento da esquerda socialista na área da Saúde tornou-se conhecida como medicina social. Para esses pensadores, os fenômenos do adoecimento e da mortalidade sempre foram biológicos e sociais e as intervenções para enfrentá-los deviam contemplar estes determinantes.

A medicina social foi, contudo, uma corrente de oposição minoritária dentro da sociedade capita-

lista. O que prevaleceu foi a biomedicina e a educação e saúde foi tributária dos pressupostos dessa racionalidade médica.

Os sinais individuais e coletivos do sofrimento

Do ponto de vista das ciências da saúde anatomia, fisiopatologia, bacteriologia as definições mais importantes são, sem dúvida, os de normal e de patológico. Para Canguilhem (1978), tais definições são de cunho operacional e não conceitual. A distinção entre normal e patológico é o resultado da afirmação do saber científico sobre a experiência da doença, da ciência sobre o senso comum, afirmação possível graças a conceitos genéricos como os de meio interno, de homeostase e de metabolismo, vinculados ao modo de funcionamento do organismo. O organismo, por sua vez, foi visto como um sistema de sistemas com funções próprias, como o sistema nervoso, o digestivo, etc., e disciplinas científicas

foram se constituindo para analisar cada aspecto do funcionamento dos sistemas específicos, como a neurologia, a gastroenterologia, etc. (CAMARGO JR, 1997).

A Educação e Saúde, na medida em que é, como vimos, um saber técnico, incorpora em seu arcabouço outros saberes disciplinares, contribuições de outras ciências. Assim, veja-se a seguinte análise (TEIXEIRA, 1985) da contribuição da sociologia funcionalista de Talcott Parsons para o controle dos doentes e a prevenção das doenças:

Como elemento central no processo de definição da doença e, por conseqüência, das formas de consumo de saúde, está a delimitação da normalidade, sendo esperado que os indivíduos desviantes adotem certas condutas destinadas a restaurar o padrão normal. O doente é um "desviante" que precisa assumir o seu papel de paciente e que, ao seguir a prescrição médica, pode retomar a sua condição normal.

É evidente que a redução dos problemas de saúde à sua dimensão biopsicológica traz como conseqüência a possibilidade de culpabilizá-lo pelo seu sofrimento, possibilidade tanto maior quanto maiores as "evidências" da medicina baseada em estudos epidemiológicos de que os problemas de saúde atuais têm sua causa nos chamados comportamentos individuais de risco (vida sedentária, consumo de gorduras, açúcares, álcool, fumo, etc.). Mas em que medida esse tipo de correlação é correto?

Vale abrir aqui um parêntese sobre a relação entre o individual e o coletivo no processo saúde-doença, aproveitando o texto anteriormente citado (STOTZ, 1993, p. 20).

A saúde e a perda da saúde são fenômenos ou processos referidos a indivíduos normalmente representados por um estado de 'bem-estar' e de felicidade que em certo momento se transforma em sofrimento e infelicidade. Para os indivíduos, o sentimento associado a

tais representações é o de poder físico e mental, e de dignidade ou, inversamente, de perda de poder e de controle sobre si próprios.

No texto, procura-se chamar atenção para o fato de que a doença, fenômeno intimamente ligado à vida privada dos indivíduos, raramente é um caso isolado, posto que processos semelhantes verificam-se em outras pessoas e são expressão de dificuldades sociais em suas vidas.

O problema é que as relações entre os problemas percebidos no nível individual e os de sua relação mais ampla e determinação ou condicionamento social não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos:

A própria percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referên-



cia dos indivíduos. Há sinais que são identificados como doenças, vistos como expressão desviante de uma normalidade biológica; outros não. E mesmo quando identificados enquanto doenças, os sinais nem sempre são reconhecidos nos indivíduos doentes e tampouco seu caráter coletivo é assumido.

Se, como afirma ainda Berlinguer, os sinais podem ser tanto ocultados como distorcidos, fica mais difícil estabelecer espontaneamente os possíveis nexos entre os distúrbios vivenciados e as condições sociais nas quais vivem os indivíduos (STOTZ, 1993).

Daí a importância de se entender as dificuldades que as pessoas têm de andar sua própria vida, vinculando, por meio da escuta e do diálogo, as experiências com as formas de enfrentar o adoecimento a hipertensão arterial, o diabetes, os transtornos mentais leves em regra decorrentes da desorganização da vida em razão de desemprego, insuficiência de renda, violência social, perda de ou rupturas na relação com pessoas queridas. Sim, porque há itinerários percorridos pelas pessoas em busca de solução para os seus problemas e que ajudam a formular diagnósticos prévios, a incorporar terapêuticas e a afirmar valores de vida saudável.

O papel dos serviços de saúde

A medicina institucionalizada nos serviços de saúde foi organizada em práticas especializadas, orientadas para atuar normativamente sobre problemas de saúde.

A educação em saúde, assim denominada porque, na preposição "em" afirma-se o vínculo com os serviços de saúde, foi destinada a desempenhar um importante papel em termos de controle social dos doentes e/ou das populações "de risco". O âmbito da educação em saúde é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas lidar com o abandono do tratamento, com a "negociação" da prescrição médica pelos pacientes

até aquelas outras, orientadas para a prevenção de comportamentos "de risco", a exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene corporal, o sedentarismo e a falta de exercício físico.

As condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos ou atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços e dos técnicos com responsabilidade gerencial. São dimensões que estão "fora" do setor Saúde. Aplica-se simplesmente a norma: você tem isso, deve fazer aquilo. A solução consiste em seguir a norma, no caso, consumir medicamentos, cumprir prescrições.

O raciocínio vale igualmente para situações epidêmicas, como podemos observar a partir da primeira epidemia de dengue ocorrida na cidade do Rio de Janeiro, em 1987: o problema é o vizinho descuidado (geralmente uma pessoa pobre), porque não tampa os reservatórios de água para evitar a entrada e deposição dos ovos do mosquito *Aedes aegypti*. A falta de água corrente não entra neste raciocínio, bem como não se consideram os grandes criadouros do mosquito, a saber, os terrenos baldios, as piscinas sem tratamento, os cemitérios, os depósitos de automóveis e ferros-velhos abandonados.

Compensar, no nível individual, problemas de caráter social eis o papel fundamental a que os serviços de saúde são chamados a desempenhar. Os serviços de saúde são como Singer, Campos e Oliveira (1988) denominaram, serviços de controle social, cuja finalidade consiste em prevenir, suprimir ou manipular as contradições geradas pelo desenvolvimento capitalista no âmbito da vida social, contradições que aparecem sob a forma de "problemas" de saúde. O sistema de atenção médica funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde. O que acarreta, objetivamente, a legitima-

ção da ordem social capitalista (NAVARRO, 1983).

O valor social da saúde

O papel dos serviços varia conforme os valores sociais da saúde e que orientam a perspectiva de atuação dos profissionais de saúde. Assim, é importante constatar que o ideal da saúde como um estado de bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos proposto pela Organização Mundial da Saúde, em 1946, era expressão de um imaginário coletivo em busca de uma sociedade de bem-estar social, uma vez que qualquer indivíduo, independente de cor, situação socioeconômica, religião, credo político, devia ter saúde e, para tanto, a sociedade tinha a obrigação de mobilizar seus recursos para promovê-la e preservá-la.

Entretanto, desde meados dos anos 80, em consequência da precarização dos vínculos no mercado formal de trabalho e do enfraquecimento dos estados-nacionais, principalmente na periferia do sistema capitalista, ao lado da ênfase no papel dos indivíduos em prover uma vida mais saudável, a concepção de saúde adquiriu crescentemente o sentido de um projeto que remete aos usos sociais do corpo e da mente.

Do ponto de vista histórico, passamos a viver numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual. Nesse projeto, admite-se a impossibilidade de uma plenitude, deixando patente que os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição



social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça, ou seja, suas diferenças, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A

concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de ideais de vida saudável convertidos na imagem do corpo jovem, sadio e esbelto difundida pelos meios de comunicação de massa e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e *status* dos indivíduos.

Esta noção de saúde é a expressão ideológica do liberalismo. A saúde tem de ser um *quid pro quo*, um valor de troca ou um bem mercantilizável, o que implica a substituição dos processos estatais de proteção social de caráter universal pela compra e venda individual dos serviços e bens de consumo "saudáveis". O limite desta substituição é, evidentemente, definido pela renda familiar dos diferentes grupos sociais. O paradoxo da época em que vivemos é exatamente deixar para o âmbito da proteção estatal sob a forma de políticas focalizadas a situação especial dos grupos que vivem nos limites da marginalidade social, estruturalmente incapazes de prover sua própria subsistência numa sociedade de mercado. E isto, vale lembrar, tomou o nome de equidade em saúde.

Diferentemente do que acontece na maioria dos países nas Américas, entre nós brasileiros, o

valor da saúde é formal e institucionalmente definido como um direito social. No Brasil, contudo, vivemos a contradição do direito à saúde ser um direito social, definido em termos do princípio da solidariedade social que, como diz o artigo 196 da Constituição, exige políticas sociais e econômicas que visem a reduzir o risco de doenças e outros agravos à saúde, mas historicamente estas políticas têm o sentido inverso, enquanto o sistema organizado para garantir este direito responde (precariedade, com baixa resolutividade) à doença no plano individual.

Enfoques de educação e saúde

Nessa seção, vamos examinar os enfoques educativos, lançando mão da tipologia proposta por Tones, um autor usado no texto escrito em 1990, citado acima (STOTZ, 1993).

O enfoque educativo predominante nos serviços de saúde durante décadas, praticamente exclusivo, é o preventivo. Os pressupostos básicos desse enfoque são, de um lado, o de que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas), comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício, fumo etc.) e, de outro, o de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo-benefício. Ou seja, os gastos produzem pequenos benefícios porque os problemas de saúde são de responsabilidade dos indivíduos.

Nesse enfoque, não obstante a crítica de que a medicina curativa teria fracassado em lidar com os problemas de saúde comunitários, a educação orienta-se segundo o "modelo médico". De fato, dada a associação estabelecida entre padrões comportamentais e padrões de doença, cabe, nessa perspectiva, estimular ou persuadir as pessoas a modificar esses padrões, substituindo-os por estilos de vida mais saudáveis. Elaboram-se uma série de progra-

mas cujo conteúdo é extraído da clínica médica e/ou da epidemiologia.

A educação sanitária preventiva lida com "fatores de risco" comportamentais, ou seja, com a etiologia das doenças modernas. A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. O repasse de informação, normalmente por meio da consulta ou em grupos, de palestra seguida ou não de perguntas e respostas, é o procedimento típico do preventivismo.

O preventivismo fundamentado na clínica serve para justificar métodos de controle que, além de desconhecer os pacientes como sujeitos, inferiorizam-nos com a generalização do método da administração supervisionada de dosagem (DOT), oriundo dos tratamentos psiquiátricos. Os programas de controle da tuberculose passaram a adotar este procedimento estrito e, com apoio das instituições públicas internacionais, começa a se generalizar. É o que acontece quando se percebe que o financiamento das ações de controle da hipertensão arterial se baseia no número de grupos que ouvem palestras, têm consultas agendadas e recebem medicamentos.

Com a instituição do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, o preventivismo deixou de ser exclusivo. O PSF, além da proposta de ampliar a cobertura de serviços, trouxe a perspectiva de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil. Pode-se dizer que, ao lado do preventivismo ainda dominante, um novo enfoque começou a ser desenvolvido, o chamado enfoque da escolha informada que enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde. Nos sistemas municipais onde houve a preocupação em humanizar o atendimento, o profissional de

saúde preocupou-se praticamente em compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações. É importante assinalar que a eficácia do enfoque da escolha informada pressupõe simplesmente a demonstração de que o usuário tenha uma compreensão genuína da situação.

Em alguns casos, tentativas de promover a saúde de grupos populacionais como a dos idosos, levou alguns profissionais a assumir o enfoque de desenvolvimento pessoal que adota, em linhas gerais, as mesmas proposições do enfoque da escolha informada, aprofundando-as no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo. Assume-se ser fundamental facilitar a eleição informada, desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, do conhecimento do corpo, da gestão do tempo para cumprir a prescrição médica, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos. Certamente, tais destrezas aumentam a capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas desde o "exterior", isto é, pelo destino ou por homens poderosos.

Os enfoques da escolha informada e do desenvolvimento pessoal reconhecem, ainda que não de modo cabal e com todas as conseqüências, as dificuldades para uma eleição informada. De um modo geral, porém, os dois enfoques pressupõem indivíduos livres e em condições de realizar a "eleição informada" de comportamentos ou ações. Sabemos, entretanto, que a maioria absoluta da população (no caso de países como o nosso) ou uma parcela ponderável desta (nos países desenvolvidos) não se encontra em condições de fazer tal eleição. Tomemos o exemplo do tabagismo: para os indivíduos de classe média, com uma prevalência de algo em torno de 25% de homens fumantes, é bastante plausível supor uma predisposição para

valorizar a substituição de um prazer imediato pela promessa de uma vida mais saudável no futuro. Essa possibilidade está inscrita nas suas condições de vida. O mesmo não se dá com os operários não especializados, onde a prevalência do tabagismo alcança 60%.

Os enfoques até aqui analisados baseiam-se na assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem por meio da educação. Vuori (1987) afirma que enfoques desse tipo têm características individualizantes, parciais e corretivas frente a problemas que requerem predominantemente soluções sociais e holísticas.

Esse tipo de enfoque de educação e saúde acaba por contribuir, portanto, para que os governos transfiram aos indivíduos a responsabilidade por problemas cuja determinação se encontra nas relações sociais e, portanto, na própria estrutura da sociedade.

Alternativamente a estes, o enfoque radical parte exatamente da consideração de que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde. Os seus defensores são os herdeiros da medicina social do século XIX (Neumann, Virchow e Guérin), que se colocam, geralmente, na perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras de doenças. A educação sanitária é vista como uma atividade cujo intuito é o de facilitar a luta política pela saúde. O âmbito da ação, sendo o da luta política, envolve o Estado. E a intervenção deste, por meio de medidas legislativas, normativas e outras, pode modificar as condições patogênicas. Somente dessa forma, acreditam os defensores do enfoque radical, é possível apoiar escolhas que conduzam à saúde (Vuori) ou superar posturas que culpabilizam a vítima (Navarro). Observe-se que, em função das próprias premissas, o enfoque radical assemelha-se ao preventivo quanto à relevância da persuasão como princípio orientador da ação educativa.

Como pertinentemente observa Tones (1987), promover mudanças políticas, econômicas e sociais pode ser uma "tarefa gigantesca", embora nem sempre implique, como supõe o autor, posturas pouco operacionais ou compromissos de nível subversivo.

Por outro lado, o enfoque radical desconhece a dimensão singular dos problemas de saúde, na medida em que não resolve adequadamente a dialética do individual e do social no campo da Saúde Pública. A dimensão do sofrimento individual e do direito da pessoa à saúde não pode ser secundarizada (ou mesmo esquecida) pela ênfase dada ao caráter social da doença e da necessidade das políticas públicas na área da Saúde. Gastão Wagner Campos, citando a colocação de Lilia Schraiber e outros autores de que para a epidemiologia a tuberculose é um "objeto singular" e não "plural", observa que a abordagem deveria partir de uma relação mais dinâmica entre o individual e o coletivo e não, como fazem os autores, de preconceitos que tentam anular a relação entre essas duas dimensões; ademais, a constituição desse "objeto" (a tuberculose) depende da relação entre indivíduos, grupos e classes sociais com os serviços de saúde, o sistema produtivo e de consumo, o saber médico-sanitário, etc. Por isso mesmo a tuberculose nunca é apenas um "objeto singular" mas "um fenômeno também plural, como é o caso clínico em cada contexto específico" (CAMPOS, 1991).

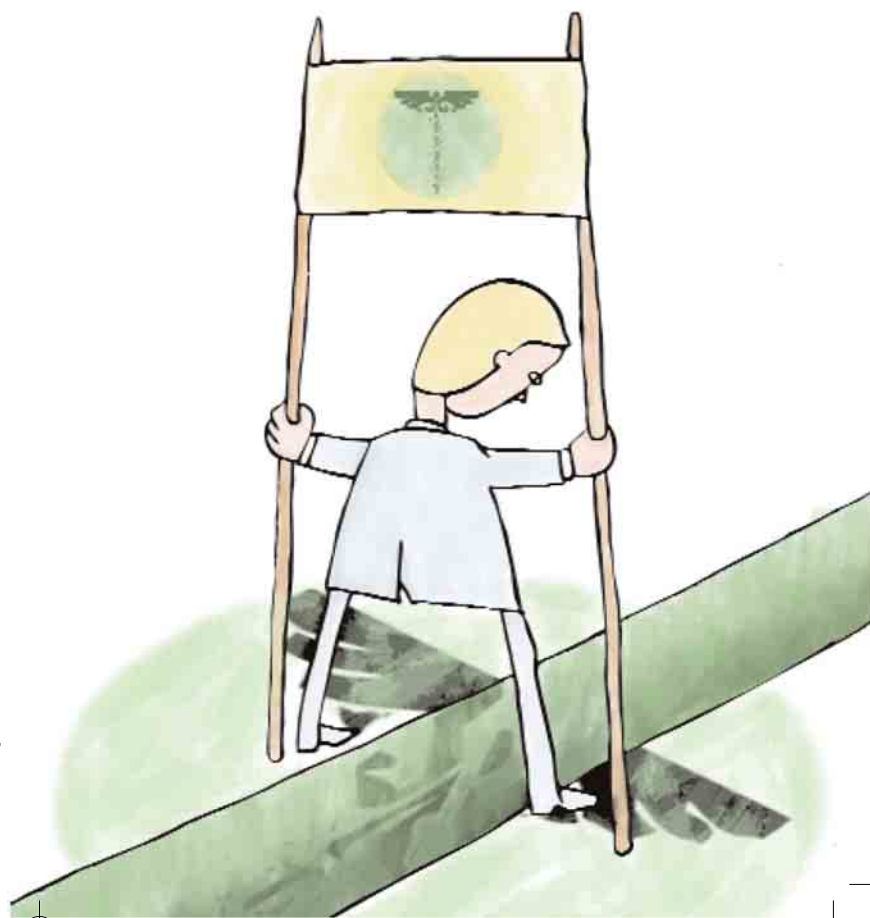
As necessidades de saúde são, portanto, necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas. Ademais, essas necessidades somente podem ser satisfeitas como necessidades sociais. A questão está em saber, então, como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética do individual e do coletivo.

A educação popular e saúde

A opção por qualquer um desses enfoques

depende, evidentemente, da posição de cada um a respeito do que considera social e politicamente relevante e cientificamente fundamentado. Mas na vida nem sempre uma opção exclui totalmente as outras. A não-medicalização de certos problemas humanos é um dos exemplos de possível aproximação entre os enfoques de desenvolvimento pessoal e radical. Alguns dos esforços centrados no ensino de atitudes para proporcionar saúde são motivados pelo desejo de libertar as pessoas da dependência dos médicos e de capacitá-las a fazer coisas que provavelmente farão melhor do que (ou tão bem como) por meio dos profissionais de saúde. A luta contra a medicalização aparece no enfoque radical relacionada ao desenvolvimento da consciência sobre as condições que estão como se diz no jargão nos "limites do setor Saúde".

A educação popular e saúde é outro dos enfoques que, a nosso ver, traz elementos da síntese apontada no parágrafo anterior. Mas, como observa Eymard Vasconcelos, trata-se menos de uma teo-





ria do que de uma reflexão que se desenvolve a partir de práticas diversas, ao longo dos últimos 30 anos (VASCONCELOS, 2001). Não por acaso o autor denomina a educação popular e (em) saúde como um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde.

Este movimento, composto de diferentes correntes de pensamento (cristianismo, humanismo, socialismo), cuja convergência é dada pelo compartilhamento dos princípios da Educação Popular formulados por Paulo Freire, apóia-se numa diversidade muito grande de experiências, recolhidas e sistematizadas a partir de problemas de saúde específicos no âmbito dos serviços de saúde, dos locais de moradia, dos ambientes de trabalho.

O adjetivo popular presente no enfoque da educação popular e saúde não se refere ao público, mas à perspectiva política com a qual se trabalha junto a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, pertencentes às classes populares, bem como de seus parceiros, aliados e amigos. A educação popular considera que a opressão não é apenas dos capitalistas sobre os assalariados e os trabalhadores em geral; mas também a opressão sobre a mulher, os homossexuais, os indígenas, os negros. (VASCONCELOS, 2003).

O traço fundamental da educação popular e saúde está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Na saúde isso significa considerar as experiências das pessoas (sobre o seu sofrimento) e dos movimentos sociais e organizações populares (em sua luta pela saúde) nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia. Ponto de partida significa reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro

saber, tão válido, no âmbito do diálogo, quanto o saber técnico-científico.

Como ressalta ainda Vasconcelos (2003), apesar do conhecimento fragmentado e pouco elaborado que as pessoas comuns têm sobre a saúde, a valorização do saber popular permite a "superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro".

Do que se está a falar? Das incompreensões e mal-entendidos, dos preconceitos, das opiniões divergentes que caracterizam as relações entre profissionais de saúde e usuários, entre técnicos e população. Na raiz deste processo está o "biologismo, o autoritarismo do doutor, o desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam na medicina atual".

É importante entender também que o próprio conhecimento técnico-científico é limitado, seja porque desconhece as causas de boa parte das doenças crônico-degenerativas, seja porque os tratamentos propugnados não acarretam cura e ainda provocam, em muitos casos, efeitos adversos.

Daí a relevância da problematização que, no enfoque da educação popular, implica a identificação de questões de modo inseparável dos meios ou recursos de que tanto os serviços como grupos populares envolvidos dispõem para tentar respondê-las. Na medida em que estão em interação, grupos sociais distintos, inclusive pela forma de conhecer, uma abordagem comum dos problemas de saúde implica na elaboração de uma base conceitual comum para pensar estes problemas. A noção de cuidado em saúde é um dos conceitos com maior poder de integração, mas certamente são os movimentos e organizações não-governamentais que propõem pensar tais cuidados em termos das relações das pessoas, dos pertencimentos e identificações no meio das comunidades nas quais se incluem.

Por último, vale chamar atenção para o fato de que a saúde no nível dos indivíduos, das populações e ambiental tem características de complexidade em termos de estudo, de incerteza quanto às soluções propostas e de elevado impacto sobre a vida. Em decorrência dessas características, a saúde não pode mais ser vista como uma área restrita ao domínio dos cientistas e técnicos. Esta comunidade precisa ampliar-se pela inclusão de novos pares, de diversos setores da sociedade. Esta é a proposta para uma "ciência pós-normal" que já não pode desconhecer "as questões mais amplas de natureza metodológica, social e ética suscitadas pela atividade [da ciência] e seus produtos" (FUNTOWICZ; RAVETZ, 1997, p. 222). A ampliação da comunidade de cientistas e técnicos na área da Saúde, em parte, inclui, mas precisa formalizar esta inclusão, pacientes e seus familiares, organizações dos portadores de patologias, movimentos que militam na área da Saúde e representantes dos usuários nos conselhos de saúde.

Em consequência desses compromissos, os participantes do movimento da educação popular e saúde precisam aprender a desenvolver formas compartilhadas de conhecimento entre técnicos, profissionais, pesquisadores e população (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001). Várias técnicas podem ser usadas a serviço desse processo. Porém, mais importante do que o uso das técnicas é o processo em si, a possibilidade das pessoas manifestarem-se como sujeitos e de sentirem-se capazes de ajudar a encontrar novas soluções ali onde muitas vezes as certezas absolutas tornam-se obstáculos para o desenvolvimento das possibilidades da própria vida.

Certamente, o alcance de iniciativas de educação popular será tanto maior quanto mais estiverem articuladas em redes sociais. A interação social e, portanto, a comunicação dialógica, tornam-se uma necessidade imprescindível para lidar com a complexidade, a incerteza e o elevado impacto das ações de saúde.

O resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações

de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população.

Uma advertência final sobre os riscos de assumir uma defesa abstrata de qualquer enfoque de educação e saúde, inclusive da educação popular, aparece na seguinte passagem do texto de Eymard Vasconcelos citado aqui:

"Educação Popular não é veneração da cultura popular. Modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Na formação de pessoas mais sabidas, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas. E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver. Certamente, não pretende formar

pessoas mais sabidas, quem tenta impor uma cultura pretensamente superior. Mas também é muito conservador quem, desejando preservar um modo popular idealizado de viver, deseja parar o mundo, privando as pessoas e grupos do contato com outras pessoas e grupos portadores de marcas biológicas e culturais diferentes e, por isso mesmo, enriquecedoras. Ao educador popular caberá o investimento na criação de espaços de elaboração das perplexidades e angústias advindas do contato intercultural, denunciando situações em que a diferença de poder entre os grupos e pessoas envolvidas transforme as trocas culturais em imposição".

Eduardo Navarro Stotz Sociólogo e historiador, Doutor em Ciências da Saúde e Pesquisador Titular em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BRANDÃO, C. R. *Lutar com a palavra*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- BROWN, R. Educación para la salud: puede reformarse a los reformadores?. *Quadern CAPS: "tendencias actuales en educación sanitaria"*, Barcelona, n. 8, 1987.
- CAMARGO J. R., K.R.. A Biomedicina. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciências, Saúde* [S.1.], v. 4, n. 2, jul./out. 1997.
- MARX, K. *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política*: Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A., 1971, v. 1.
- NAVARRO, V. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. *Programa de Educação Continuada*. Rio de Janeiro: ENSP; ABRASCO, 1983. (Textos de Apoio - Ciências Sociais, n. 1).
- SAN MARTÍN, H. *Salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson, 1989.
- SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLICEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (Org.) *As ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. p. 90.
- TONES, B. R. Educación para la salud: prevención o subversión?. *Quadern CAPS: tendencias actuales en educación sanitaria*, Barcelona, n. 8, 1987.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 39-57, 1998.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde*. [S.1:s.n.], 2003. Disponível em: <www.redepop-saude.com.br>. Acesso em: nov. 2003.
- VUORI, H. El modelo médico y los objetivos de la educación para la salud. *Quadern CAPS: tendencias actuales en educación sanitaria*, n. 8, 1987.

Construindo a resposta à proposta de educação e saúde

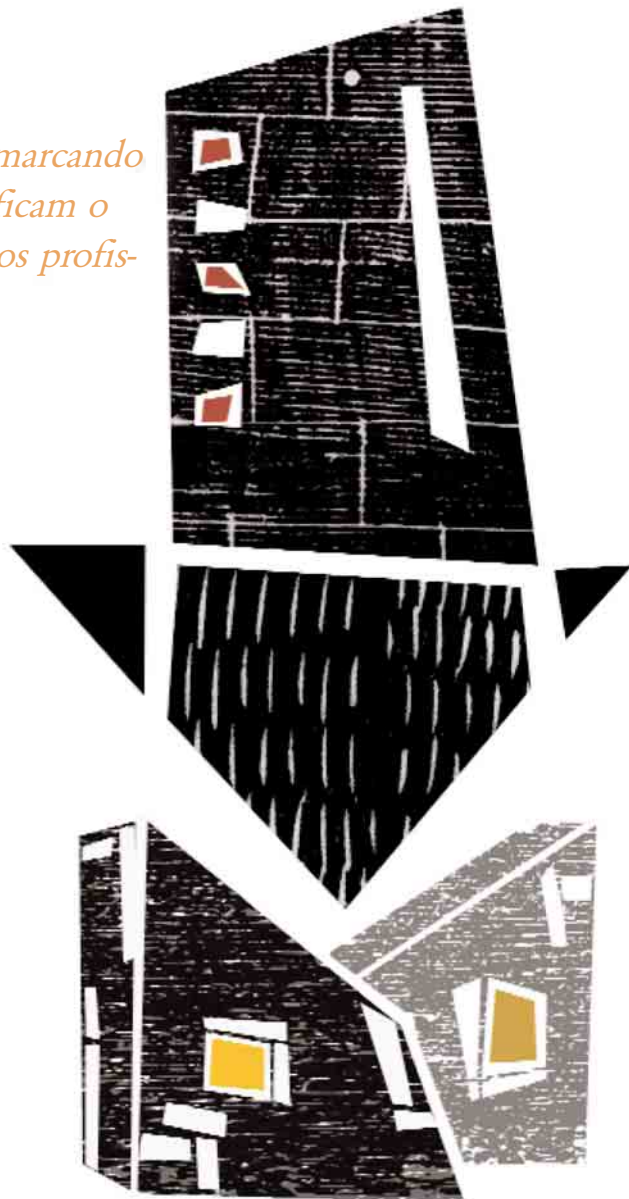
Victor Vincent Valla
 Maria Beatriz Guimarães
 Alda Lacerda

Ilustração: Lin

Construir respostas de baixo para cima, demarcando importantes fases e produções que exemplificam o movimento desenvolvido passo a passo pelos profissionais de saúde.

A partir da década de 80, um grupo de profissionais de saúde do Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz, vem debatendo a questão da educação e saúde. Para desenvolver a argumentação desse artigo, propõe-se um mosaico de trechos escolhidos dos trabalhos mais utilizados, inclusive os que foram produzidos e publicados pelo grupo. O que segue é um esforço de sistematizar esse debate.

A discussão desenvolvida tem como ponto de partida a definição de educação e saúde a partir de uma perspectiva histórica. Tradicionalmente, educação e saúde é entendida como um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis. Pode-se dizer que educação e saúde é a atividade mais antiga desenvolvida no campo da Saúde, e que foi uma espécie de "invenção" dos grupos hegemônicos a ser implementada como forma de controlar "os pobres" ou subalternos, ou seja, os escravos durante o Império e as classes populares na República. Como nos ensinou Marx e Engels, uma das funções-chave das chamadas classes dominantes



é fazer com que seu pensamento seja socializado numa sociedade, de tal forma que seja incorporado pelos subalternos como a principal explicação de como essa sociedade opera.

Em se tratando de educação e saúde, os grupos hegemônicos têm como interesse convencer os trabalhadores a seguirem certas regras com intuito de preservar sua força de trabalho em condições minimamente saudáveis, e garantir que o trabalho executado produza o lucro necessário no processo de acumulação de capital. É importante ressaltar que a extração de lucro no regime da escravatura e também no capitalismo, surgido nos séculos XIX e XX, vem sendo exercida com tanta intensidade e continuidade que as próprias condições de vida dos grupos subalternos podem representar uma ameaça, não somente à saúde deles, mas também a dos membros dos grupos hegemônicos. Desse modo, para garantir o lucro dos grupos hegemônicos é preciso que todos desfrutem de boas condições de saúde. Eis, portanto, a invenção de educação e saúde: dominar, explorar, mas se proteger.

Historicamente tem sido necessária a construção de um "cordão sanitário", uma linha geográfica, que mantenha os pobres afastados com a finalidade de não "contaminar" os ricos. Do mesmo modo que foi preciso construir a idéia de que a raça negra é inferior à branca para justificar o regime escravocrata, a proposta de educação e saúde também criou uma outra lógica que identifica as classes subalternas, ou como diz Cecília Coimbra as "classes perigosas", como ignorantes e sujas para a sociedade. É nesse sentido que nas escolas públicas e particulares transparece a noção de que as pessoas que não tiveram acesso à escolaridade são ignorantes, e como conseqüência, pobres e desempregadas, e que em função dessa precariedade e falta de conhecimento vivem em condições anti-higiênicas. Daí a necessidade de educação e saúde. Nessa perspectiva, poderíamos dizer que, em grande parte, a educação e saúde passa por quatro

eixos: água, higiene, habitação e escola.

Educação e Saúde: historicamente um movimento de cima para baixo.

Devido à necessidade de controlar as classes populares por meio de recomendações e regras, a proposta de educação e saúde tem obedecido a um movimento vertical. As orientações partem das autoridades governamentais, professores, profissionais de saúde, em particular médicos, e outras categorias de mediadores para as classes populares. O conhecimento e o saber popular não são levados em consideração.

Certas fases históricas e obras escritas exemplificam este movimento. Podemos citar a questão da habitação popular no início do século XX, evidenciada a partir do ocorrido durante as grandes endemias e epidemias. Costa (1987) adverte que cabia ao Estado exercer pressão sobre as classes populares, no sentido de exigir consentimento e colaboração, que acabava por transformar a liberdade desses sujeitos em imposição e coerção, com objetivo de corresponder aos interesses das classes dominantes.

Nesse contexto, as endemias e epidemias que atingiram a Cidade do Rio de Janeiro, principalmente a da febre amarela, resultaram em um projeto de disciplinarização higiênica dos programas de habitação social, uma vez que tinham como ponto de partida os bairros pobres e em seguida alcançavam os bairros habitados pelas classes dominantes. A polícia sanitária combatia a febre amarela e a tuberculose, e a prática higiênica cumpria a tarefa de normatização da arquitetura do espaço urbano visando a acabar "com a perigosa proximidade dos bairros pobres do centro nervoso das atividades comerciais, e em alguns casos das moradias burguesas" (COSTA, 1987, p. 6).

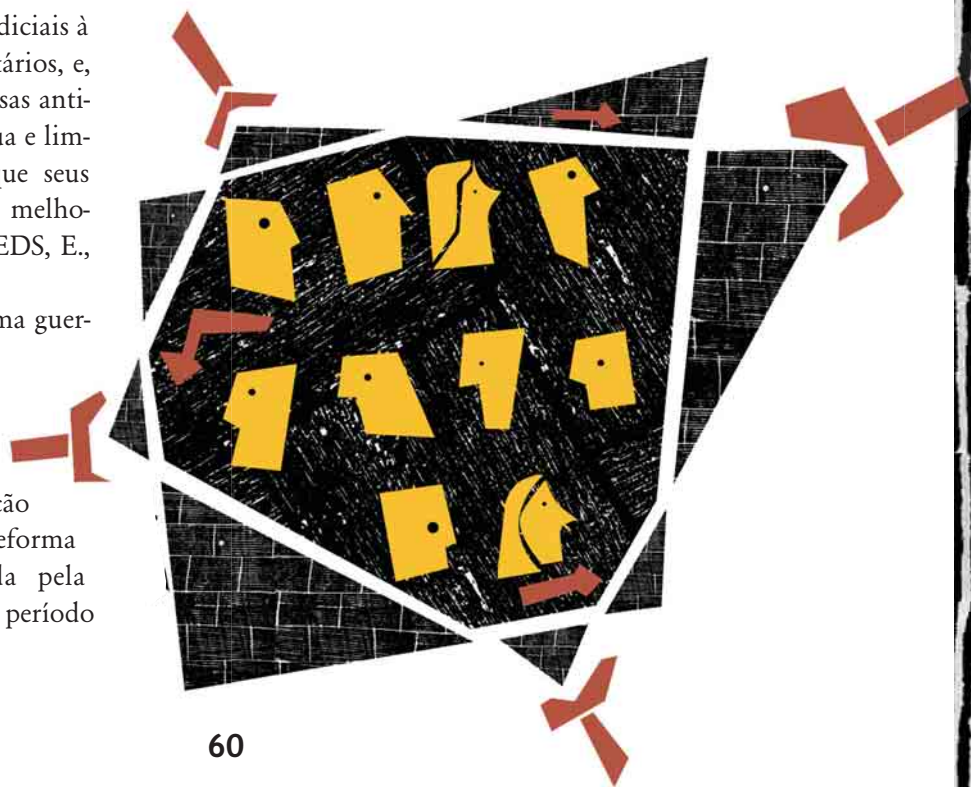
A epidemia da febre amarela foi responsável por inúmeras mortes em todas as camadas da sociedade, inibindo a chegada de navios estrangeiros ao porto do Rio. O que mais chamou atenção dessa epidemia foram os métodos policiaescos de Oswaldo Cruz com a eliminação da doença pela vacina. Porém, as inadequadas condições de vida das classes populares, submetidas a horas excessivas de trabalho, alimentação e habitação precárias, locais de trabalho insalubres, levavam esses sujeitos a morrer em maior número de tuberculose do que da febre amarela, uma doença que não atingia tanto os abastados (VALLA, 1986).

Quanto à construção das habitações populares, Leeds & Leeds (1978) constataram em seus estudos que o Conselho de Saúde do Distrito Federal incluía em seus relatórios descrições que chamavam atenção para o fato de que os cortiços do Rio de Janeiro eram higienicamente perigosos, e que os moradores deveriam ser removidos para os arredores onde passavam trens e bondes. Esse Conselho buscava controlar a construção das habitações populares, consideradas prejudiciais à saúde pública e aos preceitos sanitários, e, nesse sentido, sugere destruir as casas anti-higiênicas e reduzir as taxas de água e limpeza das casas higiênicas para que seus moradores pudessem investir em melhorias de habitação (LEEDS, A.; LEEDS, E., 1978; COSTA, 1987).

Barata Ribeiro ao iniciar uma guerra de picaretas contra os cortiços e acabar com os casarões infectos, onde se vivia em precárias condições de higiene, inaugura a política de erradicação dos cortiços, que culmina com a reforma urbanística e sanitária realizada pela administração Pereira Passos, no período de 1902 a 1906 (VALLA, 1986).

Em 1940, Victor Moura apresenta ao Secretário-Geral de Saúde do Governo, Henrique Dodsworth, um plano de estudo para solucionar o problema das favelas. Em 1941, a Comissão sugerida por Moura entrega seu relatório contendo as seguintes recomendações: a) o controle de entrada no Rio de Janeiro de indivíduos de baixa condição social; b) o recâmbio de indivíduos de tal condição para os seus estados de origem; c) a fiscalização severa quanto às leis que proíbem a construção e reconstrução de casebres; d) a fiscalização dos indivíduos acolhidos pelas instituições de amparo; e) promover forte campanha de reeducação social entre os moradores das favelas de modo a corrigir hábitos pessoais e incentivar a escolha de melhor moradia (VALLA, 1986, p. 36-37).

No ano seguinte, Moura anuncia a ocupação das casas populares construídas pelo governo, e assim que os moradores ocupam essas primeiras casas, na presença do secretário de Viação e Obras, o prefeito ateia fogo no barracão que eles residiam



anteriormente. A destruição do barracão é símbolo da postura das autoridades dessa época, ou seja, a crença de que agindo desse modo estariam erradicando um grave problema de forma definitiva.

Ao lado do Parque Proletário, onde foram construídas as casas populares, evidenciava-se a presença da igreja, do posto policial e da escola de educação física, fatores que foram complementados por um programa mais sistemático. Segundo os registros de Leeds & Leeds (1978, p. 39):

Todos os moradores tinham carteiras de identificação que apresentavam à noite nos portões guardados que eram fechados às 22 horas. Toda noite, às nove, o administrador, dava um "chá" quando falava a um microfone aos moradores sobre acontecimentos do dia, e, aproveitava a oportunidade para as lições morais que eram necessárias.

Como se pode apreender das idéias acima, tem sido criado, na perspectiva da educação e saúde, o preconceito em relação ao pobre. Essa discussão é parte inerente de uma herança da cultura brasileira que permanece imprimida na nossa sociedade até os dias de hoje. Fantin (1997) demonstra isso quando observa a contradição existente na relação entre pobreza e sujeira, já que são os pobres os responsáveis pela limpeza das casas e cidades e a preparação dos alimentos. Segundo essa autora, pode-se pensar que os pobres limpam objetos e casas dos outros, ficando para si "os restos da sujeira, do cansaço, da revolta, da resistência, da cultura, da marca que cada um imprime na sua vida" (FANTIN, 1997, p. 50).

Ainda nessa lógica, Velloso (2002) chama atenção para a necessidade que temos de descartar nosso lixo e evitar a aproximação com a sujeira, o mau cheiro, a contaminação e a doença, e, nesse sentido, adverte para a marginalização social dos profissionais que trabalham com o lixo, estigmatizados como aqueles que vivem das sobras da humanidade, e denominados de modo pejorativo de lixeiros e catadores.

Conforme já assinalado, ao falarmos em educação e saúde de cima para baixo, estamos nos referindo a um discurso, cuja origem provém dos setores dominantes da sociedade, que deixa determinadas idéias "no ar" levando a população a esperar um comportamento submisso das classes populares. Essa forma de abordar a educação e saúde ocorre em várias esferas de conhecimento na sociedade, como se evidencia na discussão em torno da questão do "fracasso escolar".

Estudos (VALLA; HOLLANDA, 1994) indicam que entre as crianças provenientes das classes populares que conseguem acesso à escola pública poucas permanecem, tendo-se, portanto, uma elevada taxa de evasão e repetência na primeira série do primeiro grau, chegando a atingir cerca da metade dos alunos que se matriculam nos estabelecimentos públicos do País. Isso ocorre porque a taxa de "fracasso escolar" é alta, como é o caso das crianças com baixo rendimento, aprovadas com médias mínimas e passando de ano "de raspão".

Hoje em dia existe um grande questionamento da noção de "evasão", porque ela dá a entender que a criança sai por vontade própria da escola, seja porque não se adapta a ela ou porque precisa conseguir trabalho. A noção mais abrangente nesse caso seria a de "exclusão". A escola se organiza e funciona de tal maneira que não consegue contribuir para a aquisição de conhecimentos ou melhoria de vida desses alunos. O que acontece na prática é que eles são obrigados a deixá-la (VALLA; HOLLANDA, 1994).

As causas do fracasso escolar ainda são pouco conhecidas e um dos fatores que dificultam essa compreensão se deve ao fato dele ser visto como uma questão individual, própria de cada aluno e seus "problemas". As altas taxas de fracasso indicam, por si mesmas, que não podemos responsabilizar apenas os alunos, pais e professores pelos problemas da escola pública. Essa discussão, por sua grandeza,

deve ser encarada como uma questão social, coletiva.

Um outro fator que contribui para a dificuldade em compreender o fracasso escolar é a tendência em explicá-lo como uma questão de deficiência de saúde. Assim sendo, ouve-se com frequência justificativas para o mau desempenho escolar, que incluem tanto o fato da criança ter algum problema de saúde física, tais como problemas de visão, audição, desnutrição, distúrbios neurológicos, entre outros, quanto ser portadora de problemas psicológicos ou distúrbios de comportamento, como o excesso de agressividade, apatia ou dificuldade de concentração, que as impedem de aprender e limitam seu desenvolvimento escolar (VALLA; HOLLANDA, 1994).

No entanto, não nos parece casual a utilização da saúde como forma de explicar o fracasso. Para grande parte da população brasileira, seja ela composta de alunos, pais ou professores, explicar o fracasso pela deficiência de saúde seria uma forma de lançar mão de um "escudo científico" que poucos contestariam, já que os profissionais de saúde ainda são vistos com certa mitificação por grandes parcelas da população. Quase sempre o problema de saúde é visto como "sem solução", porém, se ninguém é responsável, quais são as implicações para as crianças fracassadas? Se essas crianças são "doentes", quais são suas possibilidades futuras para uma vida útil, profissional e politicamente?

Como se pode apreender dos exemplos da habitação popular e do fracasso escolar, a questão da educação e saúde permeia vários segmentos da sociedade. Um outro segmento importante a ser considerado, que representa provavelmente um dos mais perniciosos de todos, é a empresa médica.

Dentro dessa perspectiva, Illich (1975) chama atenção para o fato da empresa médica ter se tornado um grande perigo à saúde, contrariando o seu mito de contribuir para a solução dos problemas de

saúde-doença da população. Ele ressalta que as sociedades providas de sistema médico de alto custo são impotentes para aumentar a esperança de vida, exceto na fase perinatal; que o conjunto de atos médicos é insuficiente para reduzir a morbidade global; e que os programas de ação sanitária e os atos médicos podem resultar em fontes de novas doenças devido à iatrogenia, ou seja, algumas intervenções dos profissionais podem constituir uma "epidemia" mais importante do que qualquer outra, apesar de ser a menos reconhecida.

Nesse contexto, diante da imposição dos profissionais de saúde ao determinar condutas e prescrições, e desqualificar o saber da população, reduz-se necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal (ILLICH, 1975).

Do vertical para o horizontal

A questão da educação em saúde representar tradicional e historicamente um movimento vertical, dos dominantes para os dominados, era o eixo central do debate travado nas décadas de 80 e 90 entre os membros do Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania da ENSP. A argumentação que contribuiu para a criação desse núcleo tinha como fundamento o fato da ENSP ser uma instituição federal e pública, mantida pelos impostos que a sociedade paga. Seu objetivo principal consistia não somente em formar profissionais em saúde pública, mas também oferecer subsídios técnicos e assessoria a entidades populares da sociedade civil, como os sindicatos, associações de servidores públicos e moradores. Tendo em vista a tendência da educação e saúde expressar um movimento de cima para baixo, uma das principais preocupações desses profissionais era a de se precaver para não reproduzir o mesmo movimento nas suas relações com as entidades da socie-



dade civil.

Assim, um dos eixos desse questionamento se referia ao modo como se daria o repasse de informações à população. Diante do acúmulo de conhecimentos resultantes da pesquisa científica, de um lado, e dos conhecimentos provenientes das experiências de vida, escolarização e lutas políticas dos setores organizados da sociedade civil, do outro, ficava a dúvida se seria possível um repasse. Além disso, repasse de quê? Onde seria a ponte entre o transmissor e o receptor? Há apenas transmissor e receptor em mão única? Bastaria conhecer a realidade dessas populações para poder facilitar a transmis-

são, ou é mais do que isso? A questão é de facilitar, simplificar a mensagem ou é a de possibilitar a construção de um outro conhecimento, que é o resultado de uma relação desigual das duas partes? (VALLA, 1997).

Alguns exemplos, descritos a seguir, apontam para esses questionamentos. O primeiro é de um técnico que visita um povoado no interior do país, onde a doença de Chagas é endêmica. Ao conversar com as lideranças da comunidade e ensinar a identificar o barbeiro (*Trypanosoma cruzi*), borrija todas as casas e pede para os moradores o avisarem, na próxima visita, se ainda perceberem esse inseto em suas casas. Em sucessivas visitas, todos os moradores relatam a presença dos barbeiros. O técnico fica confuso e frustrado, até que em uma noite no bairro uma liderança revela que quando ele avisa aos moradores que visitará a comunidade, estes saem à procura de barbeiros para colocarem em suas casas, garantindo dessa forma uma "dedetização" completa e gratuita contra barbeiros, aranhas, mosquitos e moscas.

O outro exemplo ocorre num centro municipal de saúde. O técnico explica para as mães a necessidade de ferver a mamadeira e o leite antes de oferecer ao bebê. As mães assimilam a lição, repetem o procedimento em casa, e na hora de viajar de ônibus para trabalhar com a criança, colocam a mamadeira esterilizada numa sacola junto com os sapatos, dinheiro de passagem e outros utensílios (VALLA, 1997).

Nos dois exemplos citados acima não se pode negar que não houve aprendizagem, porém, as condições materiais de vida e a maneira de ver a sociedade acabaram contribuindo para um resultado diferente daquele esperado pelo transmissor. Os sujeitos que receberam as informações aprenderam exatamente aquilo que os técnicos repassaram, o que nos leva a questionar se o profissional e/ou técnico esqueceu de incluir algo ou se faltou a participação

da população nessa discussão (VALLA, 1997).

O que antes se compreendia como a "construção desigual do conhecimento" passou a ser visto como a "construção compartilhada do conhecimento". Com este termo, "pretendia-se compreender o modo como diversos atores sociais, envolvidos na relação entre sociedade civil e o Estado, demandavam a saúde como um serviço e um direito social, e que papéis esses atores desempenhavam, de fato, na formulação das políticas públicas do setor" (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001, p. 105). A proposta de construção compartilhada tinha, entre outros objetivos, compreender as representações de saúde dos diferentes grupos da sociedade civil, bem como as representações que fazem da população os diversos grupos e instâncias do Estado que fornecem esse bem social; além de oferecer subsídios às organizações civis no que concerne às suas reivindicações no campo de Saúde, e aos planejadores do setor, no que diz respeito à adequação dos serviços às necessidades da população e à implementação de propostas oriundas do movimento social.

Os profissionais da ENSP que desenvolviam a discussão sobre o repasse de conhecimento perceberam que estavam lidando com um saber construído por meio de uma relação de poder e dominação, que acontece de forma clara em algumas ações dos serviços públicos de saúde. Desse modo, chegaram à conclusão que embora a construção do conhecimento fosse desigual, não necessariamente havia uma hierarquia dos saberes entre si, mas sim diferenças entre o saber técnico e popular, e que ambos deveriam ser levados em consideração nas práticas de saúde (VALLA, 1998; CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

Considerações finais: construindo a resposta à proposta de educação e saúde.

A utilização dos termos "resposta" e "proposta" no título desse artigo se refere a uma discussão metodológica desenvolvida no trabalho Educação e Favela (VALLA, 1986). Nesse estudo, procurou-se analisar as propostas governamentais e as da Igreja Católica para as populações das favelas em cada conjuntura desde 1940. Embora haja um esforço em ver as propostas dentro de uma perspectiva dialética, ou seja, proposta/resposta e dominação/resistência, tende a ser mais fácil para o pesquisador, devido à sua inserção social, captar as propostas das instituições governamentais e religiosas do que as elaboradas pelos moradores das favelas (VALLA, 1986).

A noção de proposta reflete bem as idéias a serem difundidas no que concerne à questão da habitação popular, do fracasso escolar e da empresa médica, onde os interesses dos setores hegemônicos da sociedade tendem a ser justificados ao difundir noções de higiene (habitação), ignorância (fracasso escolar) e expropriação da saúde (empresa médica). A percepção da resposta não é tão fácil, pois, às vezes, não é algo necessariamente organizado, mas sim criado a partir da própria proposta. Nesse sentido, as epidemias e a ameaça aos negócios e às próprias moradias da burguesia podem ser entendidas como sendo uma resposta.

No que se refere à habitação popular e ao fracasso escolar, as propostas formuladas tinham o efeito de humilhar e controlar os moradores e alunos. As respostas, por sua vez, poderiam ser entendidas como o ambiente insalubre e a constatação de um sistema escolar incapaz de comprovar sua eficácia. Já no caso da empresa médica onde se tem investimentos num sistema médico mais complexo e sofisticado, a resposta viria pelo aparecimento da iatrogênese e da baixa resolutividade dos problemas de saúde enfrentados.

Apesar das contribuições importantes de diversos pesquisadores em relação ao fracasso esco-

lar (COLLARES; MOYSES, 1985; PATTO, 1991) e à empresa médica (ILLICH, 1975), a socialização das suas idéias desmitificadoras não tem sido suficientemente abrangente para impedir que as "vítimas" do fracasso escolar e da empresa médica sejam reféns dos efeitos negativos da sua implementação, tais como a humilhação, baixa estima e redução de autonomia pessoal.

A contribuição de pesquisadores como Costa (1987) e Leeds & Leeds (1978) nos ajudam a perceber as propostas dos governantes dentro de uma perspectiva histórica. Mas a detecção das respostas às propostas, mesmo num período mais remoto da história, é uma tarefa desenvolvida por alguns historiadores, nos permitindo perceber que, durante períodos mais longos, determinadas propostas oficiais são em última instância respostas às reivindicações de grupos subalternos.

Existem, por exemplo, historiadores que compreendem as "iniciativas" de Getúlio Vargas de criar o salário mínimo e o direito a férias para os trabalhadores como uma resposta daquele governo às reivindicações que os movimentos populares e sindicatos vinham demandando há décadas.

Na mesma linha, a proposta do "favela bairro" (projeto de urbanização de favelas dos dois últimos governos municipais do Rio de Janeiro) é, na realidade, uma resposta aos anos de reivindicações das federações de associações de moradores de favelas (FAFEG e FAFERJ). Valla relata um congresso de associações de moradores de favelas que ocorreu há mais de 15 anos, às vésperas das eleições municipais do Rio de Janeiro, onde o debate principal girava em torno das propostas de urbanização das favelas apresentadas por diferentes partidos políticos, incluindo o PT. Após a argumentação dos partidos, várias lideranças criticaram a proposta, ressaltando que os moradores já estavam fazendo há muito tempo a própria urbanização, seja puxando os fios de eletricidade, abrindo ruas, construindo escadas ou providenciando água. O que estava em questão, na verdade,

era a quem pertencia a iniciativa. Nesse sentido, os diversos programas propostos pelas autoridades não são, na realidade, propostas, mas sim respostas às ações dos populares. Com isso, pretendemos ressaltar a idéia de "atividade" das classes populares onde tradicionalmente é vista a "passividade" e a "ociosidade" (VALLA, 1986).

As discussões apresentadas acima a respeito da "construção desigual" e da "construção compartilhada" do conhecimento pressupõem o diálogo permanente entre os mediadores do Estado e as classes populares, um movimento onde toda proposta antevê uma resposta e vice-versa,



construindo assim um processo que produz um conhecimento síntese, ou seja, a produção de um terceiro conhecimento que é a combinação das duas contribuições. Desse modo, o técnico que borrija as casas populares é a proposta; os moradores que "catam" os barbeiros são a resposta. A síntese é a dedetização gratuita das casas.

Por fim, como forma de concluir esse trabalho, procura-se compreender melhor a relação "proposta"/"resposta" e "dominação"/"resistência". Na perspectiva de um período mais longo, pode-se encarar a empresa médica e a engrenagem de uma biomedicina mais complexa e sofisticada como uma proposta claramente vertical. Porém, durante o século XX, principalmente a partir das décadas de 50 e 60, é possível perceber o surgimento de uma resposta à hegemonia da biomedicina com o surgimento dos "beatniks" e dos "hippies" e com a vinda para o Ocidente das propostas filosóficas do Oriente.

Com o tempo, as classes médias começaram a buscar alternativas no campo de Saúde por meio da homeopatia, florais, acupuntura, shiatsu, meditação, tai-chi-chuan, entre outras. No entanto, essa "contra proposta" é inacessível às classes populares devido ao custo financeiro, pois muitas dessas práticas ainda não estão disponíveis nos serviços públicos de saúde.

Assim, por um lado, a procura dessas terapias não convencionais pelas classes médias no mundo todo pode ser compreendida como uma resposta à insatisfação com a resolutividade das práticas biomédicas; por outro lado, o extraordinário crescimento da presença das classes populares em muitos países nas igrejas de todas as religiões, principalmente nas chamadas "evangélicas" e/ou "pentecostais" pode estar significando uma contra-proposta, ou uma resposta das camadas populares à proposta da biomedicina. Tem-se o exemplo dos 500 centros espiritualistas e cinco milhões de fiéis no México que evidencia o sucesso das curas espirituais com sofrimentos crônicos de uma forma que a biomedicina não é capaz de igualar (VALLA, 2001).

Victor Vincent Valla Pesquisador Titular do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense.

E-mail: valla@ensp.fiocruz.br

Maria Beatriz Guimarães Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, Pesquisadora Visitante do Convênio FIOCRUZ/FAPERJ.

E-mail: beatriz.guima@ensp.fiocruz.br

Alda Lacerda Médica Homeopata e Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ e Professora do Curso de Autogestão em Saúde Educação à distância da ENSP/Fiocruz.

Email: alda@ensp.fiocruz.br

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, M. A. P. ; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- COLLARES, C; MOYSÉS, M. A. (Org.). *Fracasso escolar: uma questão médica*. São Paulo: Cortez, 1985.(Cadernos do CEDES, n. 15)
- COSTA, N. R. *Educação e saúde*. São Paulo: Cortez, 1987.(Cadernos do CEDES, n. 4).
- FANTIN, M. *Construindo cidadania e dignidade*. Florianópolis: Insular, 1997.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LEEDS, A.; LEEDS, E. *A sociologia do Brasil urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- PATTO, M. *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: T. A Queiroz, 1991.
- VALLA, V. V. (Org.). *Educação e favela: políticas para as favelas do Rio de Janeiro*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- VALLA, V. V. A construção desigual de conhecimento e o controle social dos serviços de educação e saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N.(Org.). *Participação popular, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços de educação e saúde. In: VALLA, V. V; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 14, p. 7-18, 1998.
- VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, V. V. *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP& A, 2001.
- VALLA, V. V.; HOLLANDA, E. A Escola pública: fracasso escolar, saúde e cidadania. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Educação, saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- VELLOSO, M. *Criatividade e resíduos resultantes do fazer humano*. Projeto de qualificação (Doutorado em Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

Diálogos com a experiência



Grupos de mulheres e a elaboração de material educativo

Relato que mostra o contexto de pesquisa realizada no período de maio de 2000 a dezembro de 2001 e o processo de elaboração de cartilhas utilizadas como subsídios no trabalho educativo. Pág. 68

Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos

O material educativo analisado neste artigo representa um aporte no processo de formação individual e coletivo de mulheres, com a utilização de formas inovadoras de comunicação. Pág. 75

Uma lição aprendida

Percepções da leitura do Manual para Equipes de Saúde numa tentativa de reproduzir as reflexões ocorridas durante o processo dos grupos e da pesquisa, na busca de sistematizar alguns passos essenciais no desenvolvimento de atividades educativas. Pág. 87

Análise da produção de material educativo

a importância da identificação e o intercâmbio de práticas dialógicas com base na produção de material educativo é analisada pela professora Maria Alice Pessanha de Carvalho. Pág. 91

Grupos de Mulheres e a elaboração de material educativo

Margarita Silva Diercks
Renata Pekelman
Daniela Montano Wilhelms

Ilustração: Rodrigo Rosa



Uma experiência de pesquisa participativa, com vistas a elaboração de um material educativo adequado à realidade social, econômica e cultural de um grupo de mulheres e de suas comunidades.

Este relato busca situar o contexto da pesquisa “Prevenindo DST e aids em mulheres de baixa renda: a elaboração de cartilhas no processo educativo”, realizada no período de maio de 2000 a dezembro de 2001. Esse estudo contou com a participação de profissionais de saúde e população de quatro unidades de atenção primária em saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Hospital Nossa Senhora Conceição, que atua em bairros da Zona Norte de Porto Alegre/RS: Divina Providência (UDP), Jardim Itu (UJI), Jardim Leopoldina (UJL) e Nossa Senhora Aparecida (UNSA), envolvendo 16 profissionais e mais de 40 mulheres das respectivas comunidades onde atuam as equipes de saúde. Essa pesquisa foi financiada por: Ministério da Saúde CN

DST/AIDS UNESCO e contou com o apoio da Gerência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Gostaríamos ainda de observar que este relato é resultado dos frutos da discussão com todos os participantes.

A pesquisa teve vários momentos: a formação do grupo coordenador, a capacitação de todos para o desenvolvimento dos grupos e dos materiais educativos, seminários de avaliação do processo. O SSC conta com doze unidades de saúde, das quais quatro se propuseram a realizar o trabalho com grupos. Como resultado da pesquisa elaboramos quatro materiais educativos para o trabalho com mulheres e um manual para equipes de saúde, para trabalhar com grupos, que será parcialmente apresentado e comentado.

Os grupos educativos tiveram como objetivos:

- 1 Discutir e conversar com estas mulheres a respeito das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/aids. Essa discussão passa por problematizarmos a identidade corporal, os aspectos sociais e culturais da sexualidade, discutir a negociação do uso do preservativo e, principalmente, romper o silêncio cultural que envolve todos estes assuntos.
- 2 Elaborar uma cartilha adequada à realidade social, econômica e cultural (incluindo a linguagem) dessas mulheres, com o objetivo de reproduzir nas comunidades as discussões dos grupos. Esta cartilha é caracterizada por seguir uma pedagogia problematizadora sobre o tema.
- 3 Distribuir este material nos diversos espaços de convívio das pessoas que fazem parte dessas atividades educativas, com o objetivo de formar redes de conhecimento crítico em relação a estes problemas.

Organização e planejamento dos grupos locais

A discussão realizada nas quatro equipes envolvidas no projeto definiu quais profissionais de diferentes categorias iriam participar, conforme seu interesse. Em todas as unidades formaram-se grupos de trabalho interdisciplinares, com a participação de psicólogas, médicas, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e auxiliares administrativos.

O roteiro básico para as oficinas foi discutido pelo grupo coordenador da pesquisa, podendo cada equipe modificá-lo, conforme sua realidade. Inicialmente foram esboçados oito encontros que poderiam ser desdobrados, o que aconteceu conforme esperado na maioria dos grupos, com uma média de 12 encontros. Cada grupo coordenador se reunia sistematicamente para planejar e avaliar os encontros.

A seguir, destacamos os aspectos mais importantes do planejamento local dos grupos educativos:

- a divulgação dos grupos para a população deu-se pelas diferentes estratégias de acordo com cada realidade.

- discutir a prevenção das DST e HIV/Aids com mulheres com parceiros fixos: *“Isso não é pra mim , isso é pra mulher que anda namorando por aí”*.

- a valorização das histórias de vida das participantes, aspecto fundamental no processo educativo proposto.

- o estabelecimento de vínculos e a sensibilização para a negociação com o(s) parceiro(s) e não o direto e improvável *“vamos usar a camisinha”*.

- o registro dos encontros foi feito por meio de gravação em fita cassete e observação participante. Em duas unidades houve também filmagem das reuniões. Os materiais, em sua maioria foram transcritos.



As mulheres dos grupos

	UDP/ UNSA	UJL/ UJI
Faixa etária	20 a 50 ou mais	20 a 50 ou mais
Escolaridade	maioria com ensino fundamental incompleto	a maioria com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto.
Renda familiar	2,5 salários mínimos	até 4 salários mínimos

O número de participantes nos encontros variou de 8 a 12. As mulheres caracterizavam-se por, na maioria, terem filhos; a maioria não usava preservativo; trabalhadoras informais (sem vínculo

empregatício e trabalho temporário), aposentadas. Até a realização dos roteiros das cartilhas, aconteceram de 12 a 14 encontros; para a avaliação e distribuição da mesma, 4 a 6 encontros.

O desenvolvimento das atividades educativas

Para as profissionais envolvidas nessa proposta, estava claro que o principal não era apenas informar e sim que as mulheres “fossem afetadas” e pudessem ter um espaço reflexivo sobre o problema em questão. O SSC já vinha fazendo oficinas com uma metodologia que não produzia um questionamento sobre vulnerabilidade, embora as participantes já conhecessem e soubessem manusear os preservativos, tendo também relativo conhecimento em relação à aids. A discussão deveria inserir a problemática das DST/aids no cotidiano das mulheres, levando em consideração toda a complexidade do problema, coerente com a metodologia educativa da pesquisa.

O que inicialmente motivou a participação das mulheres foi a curiosidade sobre o assunto e o interesse pessoal de poder discutir o tema com a sua família. Desde o primeiro encontro, percebemos que as mulheres com parceiro fixo desconheciam a sua crescente vulnerabilidade em relação a epidemia, ainda acreditando que a aids é um problema de grupos de risco: *“é uma doença de mulher da vida, e também daqueles...de bicha, mulher casada não, não pega...”*(R., do lar, 35 anos, casada há 14 anos)

Nas reuniões procuramos sempre propiciar espaços para as mulheres colocarem as suas situações de vida, o que desencadeava discussões sobre seu cotidiano: relação com companheiro, cuidado dos filhos, cuidar da casa, cuidado com o corpo e de valorização da auto-estima, como expressa a fala a seguir:

“Esses dias me olhei no espelho e me achei bonita. Até aqueles babados que eu tinha sumiram . Eu disse para mim: nossa, eu até que tenho um corpinho legal ainda. Eu me achava tão feia. Também me olhei por baixo. Nunca mais tinha feito aquilo... sabe que gostei? Mas foi

tudo graças ao grupo. As conversas aqui da gente... estou entusiasmada. Estou mudando, aos pouquinhos. Já consegui viajar sozinha, visitar o meu pai. Nunca tinha conseguido isso. Meu marido não deixava, e eu achava que não podia...”

Nos encontros iniciais, abordamos o corpo, sua construção cultural, o relacionamento com o companheiro, o seu prazer, o cuidar de si. Muitas mulheres dos grupos acham o sexo feio, inclusive explicitando que muitas vezes fizeram sexo por obrigação, demonstrando uma dificuldade no relacionamento afetivo-sexual com os seus companheiros, uma submissão afetiva e um desconhecimento do seu corpo e das suas possibilidades de prazer .

A negociação com os parceiros foi o principal assunto em todos os encontros realizados. Podemos dizer que, no início desse processo esta negociação parecia inviável, muito longe da realidade dessas mulheres, mas lentamente elas próprias perceberam que é possível negociar com delicadeza, com “jeito”, usando várias estratégias que possibilitem ou facilitem “comer o mingau pelas beiradas”. A experiência de algumas mulheres, que já faziam uso do preservativo nas suas relações, trouxe as dificuldades de negociação enfrentadas no cotidiano com os parceiros. O acordo com os companheiros, de forma geral, é único e subjetivo de cada casal, portanto, tendo tempos e características subjetivas próprias. Na questão da fidelidade, percebemos que a infidelidade masculina é tida como natural, mas é negada na relação. Há um silêncio culturalmente reforçado sobre este tema.

Os grupos nos mostravam que negociar o preservativo era negociar “ser mulher”, conversar sobre o seu prazer negado, sobre o seu desconhecimento do corpo e do parceiro, discutir formas novas de prazer e de manifestação da sua sexualidade, enfim, um resgate da sua subjetividade e identidade feminina.



Os encontros ainda abordaram as DST/HIV/aids apresentando aspectos objetivos de transmissão e características clínicas da maioria das DST e a prática do uso da camisinha.

Todas as mulheres levaram camisinhas para tentarem utilizar com os seus parceiros. Algumas decidiram usar o preservativo já que achavam que não haveria dificuldade na sua negociação. Outras estavam temerosas da reação dos seus parceiros. As que utilizaram tentavam estimular as outras mulheres para seu uso. Cada mulher tentou negociar com o seu parceiro de acordo com a realidade afetiva do casal.

Temos certeza que as mulheres participantes foram “afetadas” nesse processo educativo, mas a discussão sobre o uso do preservativo por parte das mulheres com parceiro fixo deve ser continuamente reforçada, esclarecida e discutida seja em grupos, na consulta individual e especificamente, neste trabalho, quando acontece a distribuição por parte das mulheres do material educativo elaborado.

O processo de elaboração das cartilhas

As quatro unidades em questão desenvolveram a elaboração dos roteiros de forma semelhante nos aspectos técnicos do processo, embora as formas de participação tenham sido diferentes.

Na Unidade Jardim Leopoldina, as próprias mulheres participantes do grupo elaboraram uma cartilha. Discutiram no grupo alguns aspectos gerais do roteiro e se reuniram fora do horário do grupo, quando elaboraram um roteiro, desenhos e a diagramação de uma cartilha e “surpreenderam” as coordenadoras com uma cartilha pronta. A cartilha elaborada por este grupo, começa com uma capa simples manuscrita com lápis de cor verde, com o seguinte título: "APRENDENDO COM A VIDA". Elas começam a discutir, por meio de histórias de suas vidas, como vêm a problemática do HIV, do uso da camisinha, das dificuldades que as mulheres

têm para negociar, da necessidade de resgatar a autoestima, da necessidade do diálogo entre os parceiros, de romper o silêncio que é imposto culturalmente para a maioria das mulheres. É fundamental conversar sobre a infidelidade, sobre o uso do preservativo nas relações, sobre o casal. Todo o grupo de trabalho se reuniu e montamos um roteiro que juntou as falas das mulheres, tanto da cartilha como das reuniões, e também as falas dos técnicos, pois um de nossos objetivos é compartilhar a construção do conhecimento.

Na Unidade Divina Providência, as mulheres participaram ativamente na discussão do tipo de material educativo a ser elaborado, optando por uma cartilha com desenhos mais realistas, ser direto, palavras fáceis, que tenha intimidade. Definimos as principais idéias do roteiro: corpo e sexualidade, gênero e negociação.

As coordenadoras do grupo elaboraram um roteiro inicial e uma diagramação, para dar concretude ao material educativo e assim discutir novamente com o grupo.

Na Unidade Nossa Senhora Aparecida, a discussão se deu de forma semelhante, a oficina foi intensa e houve uma boa participação na elaboração da cartilha. As pessoas do grupo como um todo definiram que tinha de ser uma cartilha, também com desenhos mais realistas. Decidimos fazer uma cartilha com quatro histórias em quatro livrinhos. No grupo discutimos quais os pontos que havíamos abordado e que seria importante estarem contemplados na cartilha, e os profissionais que ficariam encarregados de fazer os roteiros que seriam avaliados e modificados pelo grupo.

Na Unidade Jardim Itu, aprofundamos as questões de sexualidade, em especial sua descoberta quando ocorrem novos relacionamentos na terceira idade. A construção do material educativo deu-se de forma conjunta e participativa, pois cada uma das integrantes trouxe contribuições, com textos e situações já desenhadas, inspiradas em uma das mulheres do grupo que nesse período

do redescobriu sua sexualidade, “*ela com 70 anos, há 20 anos viúva, encontra seu homem de 50 e se descobre como mulher*”. Apresenta-se a discussão do uso do preservativo com os homens de terceira idade e suas dificuldades. Apresentamos a alternativa da camisinha feminina. Fazemos um cartaz colocando a situação: pessoas de terceira idade, suas dúvidas e sugestão do uso do preservativo feminino.

Lançamentos locais das cartilhas e cartaz

Após alguns meses de espera, o material educativo ficou pronto! Foi com grande ansiedade e alegria que recebemos o material em outubro de 2001. Rapidamente os diferentes grupos se organizaram para discutir o lançamento local, o lançamento geral ou ato oficial e sua distribuição.

Na Unidade Divina Providência, organizamos o lançamento no final de tarde, em frente à casa de uma das participantes. Seriam montadas barraquinhas no local com as cartilhas e também com bolos, salgados e refrigerantes que cada uma de nós traria. Também se sugeriu de passar novamente o Vídeo “Mulher”, do Ministério da Saúde. As profissionais da unidade colocaram uma faixa na rua e conseguiram alguns CDs que tinham músicas alusivas à prevenção de DST/HIV/aids. Todas nós ficamos de convidar o máximo de mulheres para este encontro. No dia, várias pessoas traziam as cadeiras de casa para poderem sentar e conversar um pouco com as vizinhas. Muitas delas levaram o material para ser distribuído com suas conhecidas, vizinhas e parentes.

O grupo do Jardim Itu fez a montagem de uma dramatização (com roteiro e direção coletivas) baseada no cartaz elaborado, e foi apresentada em duas ocasiões: para o grupo da terceira idade e a associação de moradores. O teatro inicia com uma narração que fala do processo da pesquisa,

sua metodologia e das mudanças que ocorreram com as mulheres que vivenciaram esse processo, desde as trabalhadoras de saúde que foram tocadas por essa vivência levando-as a reverem suas vidas privadas, que como as usuárias encontraram um lugar para trocar experiências, falar sobre sua sexualidade, reverem aspectos de suas vidas.

No Nossa Senhora Aparecida, criamos camisetas com a capa da cartilha, que foi confeccionada pela cooperativa do bairro, fizemos uma sessão de autógrafos, numa sexta-feira à tardinha, quando as pessoas voltam do trabalho. Pensando na dinâmica do local, convidamos no dia pelo de carro de som, cartazes e também colocamos um aviso em uma rádio AM da cidade que tem alto índice de audiência no bairro. Fechamos a rua ao lado do supermercado a qual foi toda enfeitada com balões, vários varais de camisinhas e um painel colorido com bexiguinhas criando um efeito estético bastante interessante. Houve então shows de talentos



loais (música e dança), que eram interrompidos por “dicas de saúde”, brincadeiras para as crianças e uma barraquinha com camisinhas e cartilhas a serem autografadas. Grande número de pessoas participou do evento, que tinha um caráter bastante lúdico, que resultou em momentos divertidos, prazerosos e educativos onde brincar, aprender e construir novas formas e questionamentos em relação ao problema das DST/HIV/aids.

Na Unidade Jardim Leopoldina, marcamos a data (24/11/2001), um sábado à tarde, na praça ao lado do Posto de Saúde, quando um maior número de moradores utiliza a praça para lazer. Estávamos em clima de “estréia”, todas muito orgu-

lhosas. Parceiros e amigas das mulheres compareceram ao local. Iniciamos a distribuição das cartilhas. As pessoas interagiram com bastante interesse, fazendo perguntas sobre o grupo e discutindo o conteúdo da cartilha. Observamos que os homens demonstraram grande interesse sobre o assunto discutido, solicitando uma iniciativa como esta junto a eles, pois revelavam ter outras opiniões acerca do assunto. Chamou nossa atenção que após a “explicação”, feita individualmente, todas as pessoas liam a cartilha atentamente e queriam comentar o que haviam lido, demonstrando identificação com as situações ali retratadas e parabenizando as mulheres pelo resultado do trabalho.

Principais resultados

- 1 Reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV.
- 2 A existência de construções culturais muito arraigadas sobre o corpo, a sexualidade e o prazer, torna o problema difícil e complexo de ser discutido.
- 3 A relativa facilidade no “manejo” do preservativo masculino contrasta com a dificuldade do diálogo com o seu companheiro.
- 4 A dificuldade variável das mulheres em se apropriar da sua palavra e de se sentir sujeita de si.
- 5 A necessidade de participação e autonomia, sentida e desejada, em conflito com os valores estabelecidos.
- 6 O diálogo construído no cotidiano, portanto com tempos e características subjetivas próprias, faz com que a maioria das mulheres participantes coloque o uso do preservativo na conversa com o seu companheiro.
- 7 Criação de várias estratégias de negociação para o sexo seguro; o reconhecimento de que a infidelidade precisa ser discutida e os acordos possíveis estabelecidos.
- 8 A melhora da auto-estima e da autonomia resultantes da reflexão, do sentimento de autoria e da possibilidade subjetiva de mudança.
- 9 A construção de três cartilhas e um cartaz que seguem uma pedagogia construtivista e problematizadora, permitindo a ressignificação do problema.
- 10 Elaboração de um Manual para Equipes de Saúde, no qual se discute a proposta teórico-metodológica e um roteiro de oficina utilizado na pesquisa.
- 11 A distribuição de três cartilhas e um cartaz para a população geral pelas mulheres que participaram na sua vizinhança e locais de convívio tornando-as agentes multiplicadores.

Conclusões

O problema DST/HIV/aids poderá ser discutido em toda sua complexidade numa abordagem conjunta de sexualidade, reconhecimento social e cultural do corpo, relações de poder no casamento, sexo/amor e suas interrelações, acesso a preservativos, entre outros temas que devem ser citados. Uma abordagem que leve em consideração, prioritariamente, aspectos biológicos do problema e não problematize a complexidade do mesmo, é ineficaz, já que não permite uma apropriação e uma identificação por parte das mulheres de baixa renda da sua vulnerabilidade. Nos deparamos com um distanciamento entre o discurso oficial tecnicista dos profissionais de saúde e a compreensão deste discurso por parte da população feminina de baixa renda. Discutir negociação para o sexo seguro entre casais requer alguns pressupostos: sempre abordar a possibilidade de negociação; perceber que cada casal irá discutir sexo seguro dentro das suas possibilidades subjetivas e do seu cotidiano e, por isso, cada casal tem o seu tempo de negociação. Existem inúmeras estra-

tégias femininas de conversar sobre o tema com o companheiro, mas todas se utilizam de recursos subjetivos como o humor, a sedução, a sensualidade, “*comendo o mingau pelas beiradas*” e nunca com um discurso objetivo e direto como “*vamos usar a camisinha, por causa da aids*”.

Os materiais educativos, em geral, não refletem a complexidade da prevenção de DST/aids e se utilizam de uma linguagem técnica e centrada na doença, dificultando a compreensão por parte das mulheres da informação que está contida no material. A participação da população na elaboração de material educativo, além de melhorar a auto-estima do grupo que o realiza, traz o problema numa linguagem adequada à realidade cultural desta população, aborda o problema de forma complexa e principalmente favorece uma identificação por parte dos sujeitos com o material, facilitando a sua compreensão e apreensão do conteúdo abordado.

Daniela M. Wilhelms Médica de Família e Comunidade e participante do Núcleo de Educação em Saúde/GHC/Porto Alegre/RS.

E-mail: danielamontanow@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M. R.; PARKER, R. (Org.). *Pública*, Rio de Janeiro, n. 4, 1999.
- BARBOSA, M. R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso. direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34 - IMS/UERJ; 1999.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. Brasília, Ministério da Saúde, v. 13, n. 3, out./dez. 2000. Disponível em: <www.aids.gov.br>.
- CZERESNIA, E.; SANTOS, M. *AIDS, pesquisa social e educação*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- DEMO, Pedro. *Avaliação qualitativa*. [S.l.]: Autores Associados, 1994.
- FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F.: *Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa*. *Cadernos de Saúde*
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 21. ed São Paulo: Paz e Terra, 1993.
- KNAUTH, Daniela Riva: *Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob perspectiva feminina*. In: DUARTE, L. F. D.; FACHEL, O. L. *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- MINAYO, M. C. *Pesquisa qualitativa em saúde: o desafio do conhecimento*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1992.
- NEMES, M. I. B. *Avaliação e saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. 3. ed. [S.l.]: Best Seller, 1991.
- VALLA, V. V. *Participação popular, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Demura, 1993.
- VASCONCELLOS, Eymard. *Educação popular nos serviços de saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.
- VICTORA, C.; KNAUTH, D.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- TRIVIÑOS, A. *Metodologia da pesquisa qualitativa nas ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1990.

Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos

Margarita S. Diercks
Renata Pekelman

Ilustração: Rodrigo Rosa

Uma análise do processo participativo de comunicação gerador de um material educativo, planejado passo a passo para cumprir seu objetivo de subsidiar uma campanha de prevenção de DST/HIV/aids.

Este texto é um fragmento do Manual para equipes de saúde elaborado pelas autoras no contexto da pesquisa descrita no capítulo anterior “Grupo de mulheres e a elaboração de material educativo”. Este Manual buscou sistematizar a experiência do grupo que coordenou a pesquisa nos diversos grupos de mulheres, sendo um quinto material educativo resultante dessa pesquisa. O capítulo escolhido para ser apresentado foi aquele onde tratamos do trabalho em grupos, propondo os fundamentos teórico-metodológicos da educação popular como referência para o trabalho.

O manual tem como objetivo disponibilizar para as equipes de saúde o desenrolar de um trabalho educativo, que pode ser coletivo ou individual. Segue uma metodologia dialógica¹ e participativa que, além de propiciar um exercício de escuta e reflexão, se propõe a elaborar material educativo em conjunto técnicos e população. Por isso, achamos que os profissionais de saúde que se propõem a trabalhar as questões educativas do processo saúde-doença devem ter claro as bases teórico-metodológicas deste fazer. Esta publicação se propõe a discutir o “como fazer” das atividades educativas.

De forma geral, podemos dizer que a problematização, a evidenciação de contradições, o

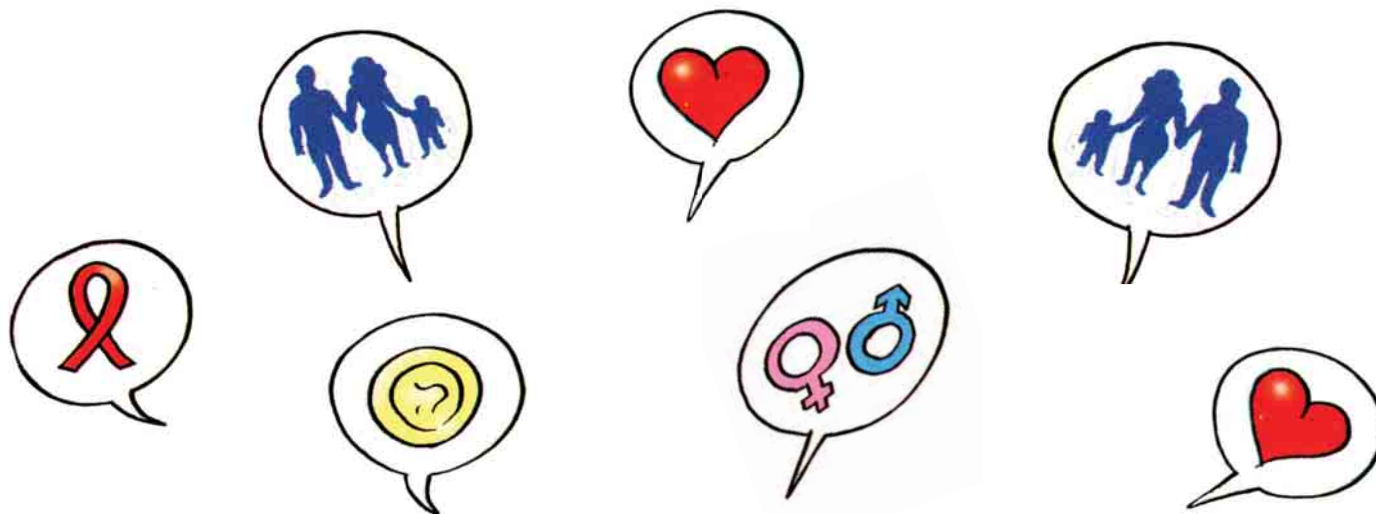
estranhamento, aliados ao respeito crítico pelos aspectos culturais, sociais e econômicos dos participantes, fazem com que seja possível elaborar um material educativo que exponha justamente os aspectos inicialmente não visíveis dos sujeitos e sua realidade. Esta invisibilidade, se não for trazida à tona para ser ouvida de forma sensível e problematizadora, muitas vezes inviabiliza todo um esforço educativo, frustrando tanto profissionais como população.

Outro aspecto que gostaríamos de destacar é que este trabalho é essencialmente interdisciplinar. Precisamos de profissionais oriundos de vários campos do conhecimento para assim podermos entender a realidade em toda a sua complexidade, mas principalmente para tentar fazer, por meio do material educativo, uma síntese desse conhecimento.

Este manual é resultado da nossa experiência de pesquisa denominada “Prevenindo DST/ HIV/aids em mulheres de baixa renda: a elaboração de cartilhas no processo educativo” que foi realizada em quatro unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição/Porto Alegre-RS, durante o período de maio de 2000 a outubro de 2001, sendo financiado pelo Ministério da

¹ Dialógico: termo utilizado pelo educador Paulo Freire e por vários autores, que se refere a prática do diálogo. Praticar o diálogo significa ouvir o outro, tentar perceber as diferenças, trabalhar estas diferenças. Ver também: Freire, Paulo: Pedagogia da Autonomia, Editora Paz e Terra.





Saúde/UNESCO, por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS.

Os grupos, que contaram com a participação de mais de 40 mulheres e 16 profissionais, foram realizados em encontros semanais com duas horas de duração, numa média de 12 encontros para a realização deste trabalho. Cabe destacar que a maioria dos grupos com os quais foi realizada esta atividade educativa continuou se encontrando para discutir outros aspectos do cotidiano e também buscar alternativas para o aumento da renda familiar.

Finalmente, gostaríamos de salientar que esta cartilha, construída em conjunto com a população, tem como objetivo primordial criar redes de conhecimento crítico. Os problemas que foram discutidos em profundidade com um pequeno grupo devem ser, por meio do material educativo, levados para o maior número possível de pessoas. Essa divulgação de um novo agir e fazer descritos no material educativo tem que ter necessariamente o envolvimento da população, pois esta é que irá distribuí-lo nos seus mais diversos espaços de convívio e das mais diferentes formas. Aos profissionais de saúde cabe continuar o processo educativo

crítico, acompanhando esta distribuição e, ao mesmo tempo, discutindo este material nos espaços individuais e coletivos da unidade de saúde.

O trabalho educativo nos grupos

1 O planejamento do trabalho

Quando realizamos uma atividade educativa, inicialmente temos de pensá-la dentro do contexto da realidade na qual estamos trabalhando, ou seja, a realidade da população e da unidade de saúde correspondente. As atividades educativas têm que estar intimamente ligadas às prioridades discutidas entre profissionais e população. Assim, tem de haver uma unidade das atividades educativas com o restante das atividades da equipe e não transformar a educação em saúde (entendida muitas vezes como somente trabalho em grupo) em mais uma coisa para fazer, passando a entendê-la como um aspecto indissociável das atividades do profissional de saúde. Por exemplo, quando pensamos em HIV/aids, não temos que nos preocupar somente com o acompanhamento clínico do paciente ou o número de portadores, mas tam-



bém, e muito, com os múltiplos e complexos aspectos da realidade que influenciam a compreensão desse problema.

A educação em saúde tem um papel fundamental nesse entendimento, visto que sua premissa mais importante deve ser “ouvir o outro”. As atividades educativas têm de ser planejadas e isso significa que temos de cuidar de vários aspectos, resumidamente, aqui listados:

Precisamos de tempo: em geral, os profissionais de saúde estão cheios de coisas para fazer. Por esse motivo, é importante ter claro que a realização de um trabalho educativo demanda algumas horas de trabalho. Precisamos planejar como vai ser a reunião, como será o registro, qual será o papel do coordenador e realizar a avaliação da atividade. De forma geral, podemos dizer que para cada hora de conversa com a comunidade precisamos do dobro de tempo para prepará-la e avaliá-la. Por isso, a atividade educativa tem de ser agendada. Sem um tempo disponível adequado, ela provavelmente será feita com falhas metodológicas que reverterão em um trabalho frustrante com a população.

Precisamos de um(a) parceiro(a) com a mesma disponibilidade de horário nossa, pois sempre é melhor trabalhar em dupla. É mais fácil fazer o registro, é possível trocar idéias e avaliar melhor. Além disso, em dupla sempre é possível “exercitar” o diálogo.

O registro tem de ser pensado antes da reunião começar. Em geral, um dos profissionais participantes da atividade educativa ficará encarregado do registro. O registro é a base para a nossa avaliação e para a reflexão sobre o que estamos fazendo. Para fazer o registro, precisamos de uma caneta, papel (uma prancheta é uma boa idéia) e gravador. Se possível, uma filmadora e/ou máquina fotográfica.

Precisamos de uma pasta para guardar as nossas anotações. Lembramos que podemos sair do posto, que os grupos “acabam”, que as idéias não dão certo, enfim, que estamos fazendo história, esta-

mos produzindo conhecimento e isso tem de ser cuidadosamente guardado para que nós e outras pessoas aprendamos com a nossa experiência.

Temos de ter domínio técnico sobre o assunto a ser discutido, mas ao mesmo tempo estar aberto a questionamentos sobre o nosso saber por parte da população. Dominar o MÉTODO educativo. Temos de planejar sempre e novamente.

2 O método educativo

*“a camisinha, eu não vou usar, meu marido não gosta”
“é difícil pedir pro marido usar a camisinha, ele vai achar que estou aprontando...”*

“a camisinha... (risos) Não é seguro. Eu nem me mexo. Fico quietinha... Nem me mexo. Ai se eu tomo o comprimido me mexo prá tudo quanto é lado. Agora a camisinha...”

“eu confio nele, por isso nós não usamos a camisinha...”

“o problema é que ele brocha com camisinha.”

Essas conversas, oriundas de grupos de mulheres que têm como objetivo discutir a prevenção das DST/aids, levam-nos a refletir sobre nossa prática educativa e, principalmente, sobre como são difíceis e às vezes “insolúveis” as conversas que temos com mulheres de classes populares. Para que essas conversas não sejam infrutíferas e durante as quais técnicos e população dêem sua opinião fazendo de conta que se entendem, achamos fundamental que os profissionais de saúde tenham domínio do método ou do “como fazer” das atividades educativas.

Mas, então, como fazer?

Esta pergunta não tem uma resposta fácil, já que não se trata de fornecer uma “receita”. Nossa prática educativa varia conforme cada reali-

dade, seja individual ou de grupo, e de acordo com cada situação-problema por nós vivenciada, mas alguns “ingredientes” são necessários. Então...

Quais são os ingredientes da prática educativa?

O primeiro deles é que temos de partir sempre da realidade do grupo, das pessoas, do paciente.

Mas o que significa isto?

Significa tentar compreender o que as pessoas estão pensando e/ou fazendo; captar qual a visão que as pessoas têm sobre determinado problema; entender como elas vivenciam o problema que está sendo discutido; perceber se elas entendem o seu problema como individual ou como de uma coletividade; apreender qual é a “bagagem” cultural das pessoas, seu significado subjetivo e, principalmente, como elas interpretam os seus problemas. Então, partir da realidade não é tão simples assim, principalmente porque, na grande maioria das vezes, a nossa realidade como profissional de saúde é completamente diferente da dos moradores da comunidade onde trabalhamos. Na verdade, num grupo vivenciamos no mínimo dois horizontes culturais ou percepções da realidade dos profissionais e da população e estes entendimentos da realidade têm de ir se misturando, se diluindo e adquirindo novas percepções que tenham validade intersubjetiva, isto é, para todo o grupo participante.

Mas como conhecer a realidade dos participantes de um grupo?

Para responder a esta pergunta, temos que lançar mão daquilo que é denominado “história

de vida”, ou seja, propiciar aos participantes dos grupos, inclusive aos profissionais, que relatem suas vidas, seu dia-a-dia, como lidam com determinado problema e qual sua visão sobre ele.

Ao propiciar que o grupo se manifeste a partir do seu cotidiano, da sua vida prática ou do seu mundo da vida, começaremos lentamente a desvelar o entendimento e os significados que as pessoas têm sobre seu problema. Muitas vezes isso pode parecer confuso e sem nexos e podemos perder o fio da meada, devido à complexidade das histórias que são apresentadas. Por isso, o coordenador tem de ter um domínio metodológico para não ficar só no desabafo ou no subjetivismo do grupo. Temos de ir além para conhecer a realidade que está nos interrogando. O que fazer com as inúmeras questões que emergem a partir desses depoimentos? O que fazer com as questões com as quais não concordamos ou que nos surpreendem nestas falas? O que fazer com as críticas que são colocadas? Como ir adiante no entendimento entre o técnico e a população? Aí vem o segundo ingrediente...

A argumentação o estranhamento a reflexão

Essas palavras têm sido usadas como sinônimos no campo da Educação em Saúde. O estranhamento possibilita um “distanciamento” da realidade e do problema que estamos vivenciando, além de permitir-nos ver a realidade com maior profundidade e reconhecer os aspectos culturais, sociais, pessoais, econômicos e históricos que caracterizam o grupo com o qual estamos trabalhando. O sentimento de dúvida e de surpresa diante de um cotidiano tão distante do nosso é o primeiro passo para alcançar o entendimento e a compreensão daquilo que estamos vivenciando. Esse estranhamento é conseguido basicamente por duas perguntas:

Por quê? Como assim?

Como coordenadores de um grupo cujas falas nos remetem a dúvidas e conflitos, temos de problematizar para conseguir dialogar, pois entender não é suficiente. Temos de questionar ao outro e a nós mesmos. Aceitar as diferenças sem tentar a problematização é negar a possibilidade de construir um conhecimento em comum, conhecimento este sobre o qual o profissional de saúde tem a sua contribuição a dar, mas que a população sem dúvida tem muito a acrescentar. Vejamos um exemplo:

“Há poucos minutos atrás, D. Eduvirges tinha dito que era mãe de dez filhos e que ela era uma mulher muito feliz, por isso que ela gostava de todos eles e que o marido também, que eles se davam bem e que se ela pudesse teria mais filhos.

Quando entrou a discussão de como fazer para que as mulheres tentassem planejar a sua família, D. Eduvirges disse que quem tinha dez filhos era maluca. Não sabia o que estava fazendo. Era um horror. Todo o grupo concordou, inclusive eu, que estava coordenando o mesmo. Mas me lembrei dos comentários de alguns minutos atrás e falei para D. Eduvirges:

- Mas a senhora não disse que tinha gostado de ter dez filhos, que se achava feliz por isso?

Ela respondeu:

- Sim, sim, mas eu sou diferente...

- Por quê a senhora é diferente?

- Porque eu gosto dos meus filhos... eu amo meu marido.

- Mas e as outras mulheres? Como é com as outras mulheres?

Ela pensou, o grupo pensou junto, e falaram que sim, que realmente planejar o número de

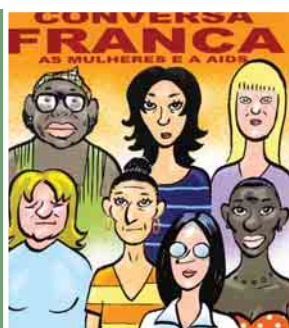
filhos não era só botar o DIU ou tomar comprimido; tinha muitas outras coisas em jogo, como a relação com o marido, como a mulher foi criada, enfim, muitas coisas que tinham que ser discutidas...”

Estas falas, extremamente comuns no trabalho comunitário, mostram uma argumentação inicial do problema que permite ver de forma mais aprofundada os aspectos que compõem o fenômeno de engravidar ou não. Se não tivéssemos problematizado, provavelmente, essa discussão iria acabar na responsabilidade puramente individual e preconceituosa, desconsiderando aspectos culturais, sociais e econômicos da questão. Quando problematizamos, vemos o fenômeno de uma forma mais complexa e com outros olhares. Mas a argumentação também possibilita a busca de um entendimento exitoso entre todos os participantes. Em outras palavras, quando questionamos estamos usando argumentos racionais para ter um entendimento intersubjetivo entre os participantes. Procuramos que os argumentos levantados por cada um dos participantes permitam-nos chegar a um consenso, ou melhor, que o resultado dessa argumentação tenha validade subjetiva, cultural e social para todos os participantes.

Aí já estamos entrando no terceiro ingrediente do método da educação em saúde, que é...

Aprendendo com a vida: voltar ao problema inicial com outros olhos e ressignificados

O problema, que parecia simples, já não é tão simples assim. Transformou-se numa realidade complexa e cheia de contradições e significa-



Diálogos com
a experiência



Caderno de
Educação
Popular e
Saúde I

dos. É importante destacar que esta etapa do método tem de ser resultado de um entendimento entre todos os participantes e, muitas vezes, é precedido de conflitos profundos e dolorosos, já que para que esta “nova realidade” tenha validade prática ou coletiva tem de ter também validade subjetiva. Assim, o processo de idas e vindas entre a realidade, a problematização e a volta à realidade varia de pessoa para pessoa, de assunto para assunto, de grupo para grupo. Este processo, na maioria das vezes, é lento, podendo levar a vários encontros, meses ou anos para ser concluído ou não, já que estamos “mexendo” em aspectos culturais profundamente arraigados dentro de cada um de nós.

Quanto mais complexo o assunto, mais difícil é a problematização e a volta à realidade para agir, cabendo ainda destacar que as pessoas, de forma geral, dominam alguns assuntos mais do que outros. Por exemplo, uma gestante pode discutir de forma problematizadora sua gravidez, mas ter uma relação de submissão com o seu parceiro.

Podemos concluir, então, que para desenvolver uma atividade educativa na qual os saberes dos técnicos e da população contribuam para a construção de conhecimento em saúde, é fundamental partir da realidade dos sujeitos envolvidos e problematizá-la.

Resumindo, o método educativo-problematizador...

Permite que todo o processo possa ser flexibilizado.

Possibilita aprender a trabalhar com o imprevisível.

Determina o processo a partir do cotidiano vivenciado por cada uma das pessoas ali participantes.

Exige habilidade por parte da coordenação para não induzir respostas ou comportamentos.

Facilita a construção de conhecimento pelo próprio grupo.

Exige que a coordenação do trabalho tenha clareza sobre seus objetivos e domínio de grupo. Para isso, deve:

- Ser dialógica e disciplinada.
- Propiciar as conversas e fazer síntese claras.
- Lidar com o afeto e com a objetividade.

Finalmente, é importante lembrar que a gente só aprende este método fazendo... Refletindo... e re-fazendo...

3 O papel do coordenador ou coordenadora

Os profissionais que desenvolverão um trabalho educativo durante o qual serão elaboradas cartilhas de educação em saúde têm de ser essen-

cialmente dialógicos e, principalmente, ter humildade frente às críticas e dúvidas que possam surgir nos diferentes momentos de uma atividade educativa. É importante que os coordenadores estejam abertos para os desafios que os diferentes “cotidianos” impõem à sua prática,

porque o que estamos propondo é tornar visível e compreensível aquilo que nos surpreende, que está escondido, que está obscuro. Por exemplo, numa oficina na qual mulheres adultas e com filhos estão reproduzindo a sua genitália com massa de modelar:

“ - Eu fiz, aqui, a minha perseguida... fiz ela bem direitinho, e fiz mais um burquinho por onde sai o xixi e a menstruação. Sim, porque a gente tem dois buracos um por onde sai o nenê e outro por onde sai a menstruação e o xixi...!”

Diante destas falas, a reação da maioria dos técnicos é de surpresa, espanto e de contestação, de forma impulsiva e imediata, ao constatar que isso não está certo, que nossa anatomia não é bem essa. Se agirmos de maneira impulsiva, negando de forma categórica a informação desta mulher, perderemos a chance de poder entender como ela construiu este conhecimento, quem ou quais as fontes que a fizeram construir esse “modelo” de corpo, porque para ela e provavelmente para várias mulheres do seu grupo de convívio essa é a verdade. Não é porque alguma coisa é verdadeira que as pessoas acreditam nela, mas sim porque as pessoas acreditam num fato, numa fala, num acontecimento, numa descrição ou numa experiência que faz com que aquilo se torne verdadeiro para elas e esta verdade tem origem no mundo prático, no mundo da vida no qual os fatos, as informações, as leis e as experiências subjetivas se mis-

turam e constituem uma construção que tem validade e é verdadeira para aquele grupo social específico. Por isso, a importância de percebermos a profundidade das falas dos participantes.

Como já apontamos anteriormente, para a realização das atividades educativas é essencial que haja uma parceria. Essa dupla ou trio será o grupo coordenador da atividade. Também já citado acima, a interdisciplinaridade favorece o trabalho educativo, amplia a percepção da complexidade dos problemas que serão enfrentados. O grupo coordenador deve estar afinado com os objetivos da atividade, ter claro o processo metodológico. É necessário que o grupo possa ter horários em comum, não só para a execução da atividade educativa propriamente dita, mas também para avaliar continuamente os encontros, praticar permanentemente a auto-crítica e ouvir a crítica do colega, discutir a condução do grupo, os erros do dia e os avanços que o grupo tenha alcançado, além de pensar sobre estratégias para resgatar falas que ficaram pendentes, essenciais para problematizar no grupo educativo. O grupo coordenador tem de estudar em conjunto suas dificuldades, sejam metodológicas ou temáticas, falar a mesma linguagem e intervir de forma semelhante. A troca de papéis nas reuniões entre coordenador e relator enriquece o grupo, em especial quando com profissionais de diferentes áreas. A reunião fica mais ativa, o interesse se renova, pois cada um conduz do seu próprio jeito.



Coordenar é...

a) saber integrar e animar o grupo:

- quebrar o “gelo”.
- criar confiança.
- manter o grupo animado, ativo impedindo o cansaço, o tédio e a tensão.

b) conduzir o grupo na busca dos objetivos propostos:

- conhecer o objetivo de cada encontro, dominar o assunto a ser discutido e posicionar-se claramente.
- ordenar os conteúdos.
- fazer sínteses contínuas.
- fazer perguntas oportunas e questionar o grupo.

c) Saber como perguntar, o quê perguntar e quando perguntar:

- ter clareza do processo.
- fazer perguntas oportunas.
- perguntar sistematicamente para alcançar novos conhecimentos e desafios.

- fazer perguntas que levem à superação de limites.

- aplicar o método dos “porquês”.

d) Saber opinar e calar: Controlar a “impaciência”

- respeitar os silêncios.
- perceber o momento oportuno de intervir, respeitando o processo do grupo.
- evitar o excessivo “respeito” que pode levar à desorganização.

e) Prestar atenção à linguagem utilizada:

- a linguagem deve ser uma forma de aproximação.
- enfrentar o desafio de esmiuçar os conhecimentos complexos, usando sinônimos, metáforas e exemplos que facilitem a compreensão.
- conhecer com profundidade o tema tratado e falar deste conhecimento com simplicidade.
- compreender a linguagem dos participantes para mergulhar no mundo subjetivo, cultural, social e econômico dos mesmos.

Resumindo...

Não haverá boa coordenação sem clareza teórica, compromisso, domínio da metodologia e conhecimento.

O coordenador deve...

Conduzir o processo sem manipulá-lo.

Assumir o diálogo como sua principal ferramenta.

Ousar se expôr e se expressar.

Reconhecer que o processo do saber não é individual.

Entender que confessar nossa ignorância permite-nos conhecer mais.

4 As técnicas afetivo-participativas na educação em saúde

As técnicas ou dinâmicas são as ferramentas do processo educativo, fazendo portanto parte do método educativo, e têm de guardar coerência com a proposta pedagógica. Elas não devem ser usadas somente para descontrair e alegrar o processo educativo nem se resumir a isso, características muito comuns das oficinas que temos presenciado e participado. Essas oficinas na verdade reproduzem, sob um véu de descontração, o saber dominante; com isso impossibilitam a reflexão, a ressignificação do cotidiano e a tentativa de construir novas práticas e conhecimentos.

Assim sendo, as técnicas ou dinâmicas devem estar inseridas no contexto pedagógico proposto e, principalmente, serem coerentes com os objetivos das reuniões. As técnicas propiciam a participação, a discussão, a ressignificação e a reflexão. Por isso, devem ser utilizadas oportunamente dentro do processo que está se desenrolando. Quem vai coordenar a técnica deve saber fazê-la e ter bem claro os objetivos que pretende com a realização desta ou daquela dinâmica, nunca esquecendo o processo pedagógico como um todo. É importante destacar que, em se tratando de trabalho em grupo, essas dinâmicas permitem que o conhecimento individual seja coletivizado, isto é, que as pessoas participantes exponham suas vivências pessoais e ao mesmo tempo que estas vivências se entrecruzem nos mais variados aspectos, permitindo uma experiência reflexiva comum. O planejamento prévio de técnicas não deve, entretanto, engessar o trabalho nos grupos. O coordenador ou coordenadora deve perceber a conveniência ou não de aplicar uma técnica que estava prevista em determinado momento do grupo, pois muitas vezes o roteiro prévio perde o sentido se interromper o processo em andamento.

5 O registro

Este item talvez seja um dos mais trabalhosos e “chatos” de uma atividade educativa, mas ao mesmo tempo é para os técnicos a única maneira de aprender de forma duradoura com o trabalho educativo. Por mais paradoxal que possa parecer, é o mais “esquecido” dos itens que fazem parte de uma atividade educativa. Parece que se convencionou que o registro é o menos importante, é aquilo que se deixa para depois. Na nossa experiência, a maioria das atividades educativas não é registrada, o que não deixa de ser lamentável, já que sem o registro dependemos da nossa memória e, como todos sabem, depois de certo tempo e de inúmeras atividades realizadas, só lembramos o que a nossa subjetividade considera importante, impedindo a reflexão e a reconstrução das atividades educativas das quais participamos.

No que se refere ao conteúdo a ser registrado e aos recursos técnicos utilizados para fazê-lo, há vários tipos de registro.

De forma geral, sugerimos que uma pessoa específica fique encarregada dessa atividade e que, de preferência, não seja o coordenador da atividade educativa neste dia. Coordenar e regis-



trar simultaneamente é uma tarefa quase impossível, pois uma das duas será fatalmente prejudicada, o registro. Se for imperativo que isto aconteça, é preferível fazer algumas anotações ao longo da reunião e imediatamente após, descrever a reunião da forma mais rica possível.

É importante também registrar a avaliação que os coordenadores devem fazer do grupo logo após a atividade, ao término da reunião, pois este momento proporciona, ainda sob o efeito da reunião, críticas ao funcionamento do grupo, o que auxilia muito no planejamento da atividade.

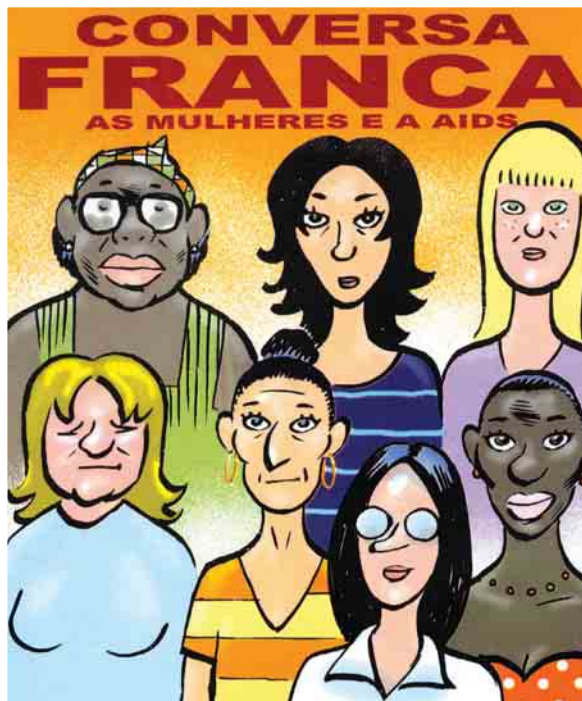
Tipos de registro

Registro com filmadora: é o registro que todo educador gostaria de fazer, já que permite fazer a observação do grupo como um todo e inclusive a gravação das falas. Esse registro também permite que assistamos retroativamente à reunião e façamos os comentários sobre o processo. É possível fazer a transcrição literal do que aconteceu no grupo naquele dia, ou seja, anotar fala por fala para depois analisar o texto escrito resultante desta reunião. Com a filmagem, é possível também, além de transcrever as

falas, descrever os comportamentos, realizar autocrítica quanto à forma de coordenação e condução do grupo e observar a evolução individual e coletiva do processo educativo. Sabemos que o fato de filmar é inviabilizado lamentavelmente por motivos econômicos, por isso é necessário lançar mão de outros recursos (para reuniões de uma hora e meia, necessitamos de uma fita com uma hora de duração, observar a luz e o som, conhecer a capacidade e os recursos da filmadora).

Registro com gravador: este é o registro mais comum e mais acessível economicamente para as equipes de saúde. É importante que, além do gravador que irá captar todas as falas do grupo, um dos profissionais faça a observação das coisas não ditas: os gestos, os silêncios, as surpresas, os incômodos, os constrangimentos, os jeitos das pessoas, as dificuldades do coordenador, etc. Esse registro observacional é difícil de fazer e exige treino e avaliação do processo de observação, mas achamos que este registro, aliado ao gravador, é o mais viável e o que dá grandes possibilidades de reflexão da atividade educativa. O registro com gravador apresenta uma dificuldade que é a transcrição das fitas com as falas (sugerimos que para uma reunião de uma hora e meia tenhamos disponível três fitas com uma hora de duração, um jogo de pilhas sobressalentes e/ou uma extensão elétrica com três metros). A transcrição é o processo pelo qual escutamos e escrevemos literalmente tudo que está gravado na fita. Com isso, teremos na nossa frente todas as falas literais que aconteceram na reunião. É um trabalho repetitivo, que demanda muito tempo (em geral, uma fita com meia hora de gravação leva de duas a três horas para ser transcrita), mas extremamente revelador, além de permitir uma avaliação acurada de todo o processo.

Registro à mão: é o mais comum e também muitas vezes o mais incompleto, já que é



difícil fazer um acompanhamento das falas à mão livre. O que acontece geralmente é uma síntese das falas e a observação das coisas não ditas fica bastante empobrecida, já que quem está registrando só fixa sua atenção nas falas. Isso de forma geral empobrece o registro e a avaliação da atividade educativa (preferencialmente, este deve ser feito em um caderno ou em computador; se usarmos folhas de papel, necessitamos de prancheta).

Registro com máquina fotográfica: é um coadjuvante muito importante, já que tem valor histórico e subjetivo que muitas vezes não aparece nos outros tipos de registro. É a possibilidade de gravar a imagem, o momento do grupo e como as pessoas, por meio de sua expressão, estão integrando a atividade, seu interesse, sua satisfação, sua discordância (observar a luminosidade, a capacidade do filme e os recursos da máquina fotográfica).

Na utilização de qualquer das tecnologias propostas para o registro, é fundamental ter o domínio da tecnologia que se está empregando. É preciso avaliar se a atividade está sendo registrada de forma adequada, se as pessoas que estão falando estão de fato sendo gravadas e se o ambiente em que se realiza a atividade permite o uso de gravador. Também o posicionamento tanto do gravador como da filmadora é importante para um registro de boa qualidade. É necessário ter claro qual a utilização que se fará deste registro; por exemplo, saber se uma filmagem servirá como registro da atividade ou poderá ser utilizada para outro fim, como material para uso em sala de espera. Para ter qualidade e poder ser bem aproveitado, o material fotográfico deve ter qualidade em termos de iluminação, da capacidade do filme, além da espontaneidade do momento.

Resumindo...

Sempre fazer o registro das atividades educativas, pois sem registro não há avaliação nem reflexão sobre o processo educativo como um todo.

O registro é história. Por isso, tem de ser guardado numa pasta que seja acessível a todos os interessados.

Lendo os registros, podemos superar dificuldades, erros, frustrações e avaliar o sucesso de grandes idéias.

Caneta, papel, gravador e máquina fotográfica são elementos fundamentais para o registro.

Sem tempo não há registro.

6 A avaliação

A avaliação do processo educativo é fundamental para o seu desenvolvimento. Deve ser constante, pois um processo educativo que tem como método a problematização implica em

auto-avaliação permanente.

Alguns elementos são essenciais para procedermos a avaliação do trabalho em andamento e/ou finalizado.

É necessário ter objetivos claros, pois irão nortear todo nosso agir e vão traduzir o que quere-

mos atingir com determinada ação. No processo aqui descrito, além do objetivo principal a elaboração de material educativo com uma metodologia participativa os objetivos específicos também devem ser definidos para cada encontro.

O registro nos trará os elementos da avaliação, pois ali está a ação realizada no concreto. Pelos nossos registros, poderemos analisar nossa prática e avaliá-la quanto ao aspecto metodológico, de conteúdo, de processo, da participação das pessoas (número de participantes, qualidade da participação, contribuições, dispersões, surgimento de debates relevantes, capacidade reflexiva do grupo, qualidade da coordenação, erros de percepção do coordenador, sínteses adequadas, análise da condução e do caminho tomado pelo grupo, oportunidades perdidas, enfim, diversos aspectos do fazer educativo no cotidiano dos grupos). Essa avaliação continua entre os coordenadores ao final de cada grupo e no planejamento do próximo encontro, reforçando a necessidade de tempo além dos encontros para execução de atividades educativas. A avaliação contínua também é necessária durante o desenvolvimento dos grupos; é importante ter sempre uma discussão

com o próprio grupo sobre o seu andamento, apreciando o cumprimento das expectativas dos participantes, o rumo do grupo, revendo permanentemente seus objetivos e mantendo-os ou alterando-os, conforme as avaliações realizadas.

A avaliação das atividades educativas em saúde são avaliações mais dirigidas ao processo e requerem três perguntas básicas: o que está sendo feito; para quem está sendo feito; e como está sendo feito? Essas questões se colocam tanto para a avaliação do processo como um todo quanto de suas partes. Devemos realizar, como foi dito acima, uma avaliação constante, dia-a-dia, mas não podemos perder a perspectiva do resultado do todo, como no exemplo de nossa pesquisa, ter um produto final o material educativo que espelhe as discussões e/ou conclusões desenvolvidas nos grupos.

Margarita Silva Diercks Médica de Família e Comunidade, Doutora em Educação e participante do Núcleo de Educação em Saúde/SSC/GHC/Porto Alegre/RS.

Email: gesssc@ghc.com.br

Renata Pekelman Médica de Família e Comunidade, Mestre em Educação e participante do Núcleo de Educação em Saúde/SSC/GHC/Porto Alegre/RS.

Email: renatapek@ig.com.br

Resumindo...

A avaliação é um processo constante.

É preciso ter objetivos claros.

O registro é a fonte principal da avaliação.

A avaliação das atividades educativas é, principalmente, uma avaliação de processo.

Os participantes das atividades educativas são os principais agentes da avaliação.

Avaliar constantemente as partes e o todo.

A avaliação é o exercício permanente da crítica e da autocrítica.

Como passar da teoria à experiência ou da experiência à teoria: uma lição aprendida

Júlia S.N.F. Bucher-Maluschke

Ilustração: Rodrigo Rosa

Comentários oriundos da leitura de um trabalho de educação popular em saúde, ou seja, um processo que envolveu a população numa perspectiva dialógica pautada na troca e construção de conhecimentos.

Esta é a lição aprendida da leitura do texto que descreve uma experiência de construção de um material educativo no qual vemos a integração de uma pesquisa-ação e de uma “elaboração”. Trata-se aqui de compartilhar com os leitores a percepção que tive a partir da leitura do Manual para Equipes de Saúde trabalhando grupos e elaborando material educativo em conjunto com a população: as DST/AIDS no cotidiano das mulheres, organizado por Margarita Silva Diercks e Renata Pekelman.

Na introdução do Manual é apresentado o objetivo principal do trabalho que consiste em descrever o processo educativo concebido numa meto-

dologia dialógica e participativa de elaboração de uma cartilha para uso de multiplicadores. A metodologia indicada está pautada na referência fundamental de Paulo Freire, em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, na qual explicita o “dialógico” como uma prática do diálogo, ou seja, como a capacidade de ouvir o outro buscando perceber as diferenças, as singularidades, e as trabalhando (p.9).

Para as autoras, há a necessidade de uma maior clareza acerca das bases teórico-metodológicas dessa ação, o que faz com que o trabalho apresentado vise a discutir o “como fazer” das atividades educativas (p. 9) e eu acrescento que tal discussão deveria ocorrer sobretudo na construção de



materiais que dão suporte aos processos educativos.

O Manual descreve o trabalho educativo nos grupos desde o planejamento até o processo de avaliação. Em seguida, apresenta a elaboração dos roteiros da cartilha e a forma de condução dentro dos princípios da educação popular em saúde e nos itens 4, 5 e 6 estão indicadas as formas de utilização das cartilhas, a elaboração de materiais educativos com a participação da população e sua respectiva avaliação. No final, estão apontadas as referências bibliográficas utilizadas na concepção do projeto e ao longo de sua implementação.

Da rica experiência descrita no Manual vale ressaltar o processo de integração de princípios e os conceitos de educação popular em saúde e, principalmente, como eles são operacionalizados na prática, no fazer, na ação. Nele, é possível observar que as organizadoras do trabalho partem de importantes princípios e conceitos pilares da educação em saúde dentre os quais destaca-se o de troca de saberes. Troca esta que expressa um processo dialógico, no qual tanto o saber que o técnico carrega consigo, fruto de seus estudos e da sua reflexão, quanto o saber da população envolvida no processo que vai se iniciar orientam a produção de um material educativo que se transformará em instrumento de trabalho para multiplicadores. Esse saber popular passa pelo conhecimento da linguagem, que está além do conhecimento da língua. É importante enfatizar que, no Brasil, falamos a mesma língua, o português-brasileiro, mas diferentes linguagens. Linguagens entendidas como forma e expressão de sentimentos, de emoções, de modos de comportamento, de representações, de símbolos e metáforas que dão múltiplos significados à vida e que podem ser percebidos por diversos órgãos dos sentidos, uma vez que se estruturam e se tornam produtos da experiência vivida no cotidiano das pessoas. Contudo, por diversas vezes, o técnico, preocupado com a dimensão do

conteúdo teórico do tema a ser repassado e com a metodologia, desconhece questões importantes trazidas pela linguagem dos participantes do processo. A aplicação desse princípio da “troca de saberes” fica bem evidenciada quando as autoras assinalam na p.13 que em “uma atividade educativa, inicialmente temos de pensá-la dentro do contexto da realidade na qual estamos trabalhando, ou seja, a realidade da população e da unidade de saúde correspondente. As atividades educativas têm de estar intimamente ligadas às prioridades discutidas entre profissionais e população”. Tal aplicação também pode ser verificada, quando as autoras posteriormente descrevem como a operacionalização deste princípio se torna ação ao longo do processo de “elaboração” do referido Manual.

O que está implícito no princípio da troca de saberes é o conceito de participação que também integra o processo de educação popular em saúde. É por meio do diálogo “ouvir o outro” que se intensifica a participação aqui compreendida como ter parte em, tomar parte em, compartilhar, partilhar, associar-se pelos sentimentos, pensamentos da dor, da alegria, da ação imbricada pelo sentimento de criar e de desenvolver algo juntos.

A participação, por sua vez, desenvolve o sentimento de pertença. Isso fica muito bem evidenciado no Manual quando nele estão registrados os nomes de todas as pessoas que tiveram uma presença “participativa” integradora do pro-



cesso de “elaboração” do material, gerando sentimento de pertença por meio dessa forma ética de reconhecimento das contribuições de diferentes sujeitos, para a realização do produto obtido (p.4), bem como para a superação da verticalidade das ações na saúde.

Na descrição do planejamento do trabalho em grupo apresentado, destaca-se o processo a partir do qual as narrativas individuais se transformam em discurso de um sujeito coletivo, utilizando a expressão de Lefèvre no seu livro sobre

Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Como as subjetividades

se transformam a partir da problematização das questões levantadas produzindo reflexão de intersubjetividades, levando à ressignificação ou a uma releitura da realidade, por outra premissa básica de educação popular em saúde, que é da ação à reflexão. Ação e reflexão que vão gerar uma nova ação, ainda que de outro nível, uma vez que essa nova ação vai se diferenciar da anterior. A imagem de

uma espiral ilustra esta dinâmica de ação-reflexão-ação, na qual o conhecimento gerado atinge um nível mais elevado de consciência da realidade por parte de todos os envolvidos e, nesse contexto, quem realmente passa por um processo dessa natureza não permanece no seu estado anterior ao processo vivido. Este processo de ressignificação da realidade é gerador de consciência. Embora saibamos que ter consciência não se traduz necessariamente em possibilidade de mudança, consideramos importante atentar para a dimensão crítica apontada por Paulo Freire em sua obra Educação

e Mudança, na qual ele nos apresenta as características da consciência ingênua *versus* as características da consciência crítica. Essa consciência se tornou crítica ao reconhecer que a realidade é mutável, que ao se deparar com um fato faz o possível para livrar-se de preconceitos. Não somente na captação, mas também na análise e na resposta, é indagadora, investiga, força, choca, arma o diálogo, nutre-se dele, face ao novo, não repele o velho por ser velho, nem aceita o novo por ser novo, mas aceita-os na medida em que são válidos.

Essa consciência crítica surge com a reflexão e o texto do manual segue apresentando como as autoras chegaram a esse desenvolvimento e ao princípio da ação-reflexão-ação, como geradora dessa consciência crítica, conforme pode ser verificado na pág. 18, onde é apresentada a síntese do método educativo-problematizador e na qual há ênfase para o fato de que é “importante lembrar que a gente só aprende este método fazendo... refletindo... e refazendo...” e, em seguida, na qual há um desenho com a imagem de um grupo, cada qual com seu imaginário, e o título “Aprendendo com a Vida”.

O desenvolvimento da metodologia aponta, embora sem tornar explícito, para a necessidade do treinamento do coordenador do processo não se limitar à dimensão técnica, mas principalmente incluir a abordagem de sua sensibilidade para captar os aspectos mais profundos desse processo. A preocupação das autoras em apresentar os passos, os instrumentos a serem utilizados para a elaboração de materiais e para o registro das experiências, indica a importância da construção da história de um processo, a história de um projeto.

Este é outro ponto muito relevante, pois aponta para outro princípio do sentimento de pertença e de identidade que é o da construção de uma memória. Sabemos que a conservação da memória pessoal, familiar, da comunidade, de uma nação é de grande importância para a constituição das identidades pessoal, familiar e nacional. Esse aspecto é considerado e explicitado na



parte do manual que apresenta o tópico sobre os registros, num país de tanta tradição oral, onde muitas experiências boas infelizmente se perderam.

A descrição do processo de construção do material, seguindo passo a passo suas etapas, permite ao leitor acompanhar o como, o porque e para que é necessário considerar questões conceituais como norteadoras do processo e a necessidade de se estar atento para uma práxis na confecção de um produto que integre sempre a teoria na ação, no qual a ação seja reorientadora da própria teoria.

As autoras não deixaram escapar outra dimensão de grande importância no trabalho: a avaliação. Avaliação não só do produto final, mas do processo educativo que envolve toda a sua construção. Partindo da crítica da avaliação dirigida exclusivamente às mudanças de comportamento ou ainda das avaliações de impacto (pág. 41), as autoras introduzem a avaliação do processo onde, sem negar o valor da avaliação quantitativa, é considerada a importância da dimensão qualitativa na perspectiva hermenêutica, enquanto método de interpretação do universo social, histórico e psicológico. A hermenêutica cuja etimologia vem da palavra Hermes, deus grego do conhecimento, indicando também tradução e interpretação é o pressuposto teórico metodológico da abordagem qualitativa que pautou a trajetória desse trabalho. Convém observar que há uma preocupação didática em realizar uma descrição detalhada dos procedimentos e indicadores das avaliações previstas ao longo da trajetória.

Em síntese, é possível afirmar que foram realizadas avaliações internas de progresso, de processo, do cumprimento de expectativas dos integrantes do grupo, o que permitiu "rever permanentemente seus objetivos e mantendo-os ou alterando-os conforme as avaliações realizadas" (pág. 24). Na síntese que as autoras fazem da avaliação, apontam para a importância de "avaliar constantemente as partes e o todo" (pág. 25), indicando uma visão sistêmica a partir da qual as interações têm grande importância. Outra ênfase dada na avaliação "...é o exercício permanente da crítica e da autocrítica." (pág.25) A avaliação, assim posta, visa estar sempre atenta ao que é importante, o que não funciona, o que deve melhorar, o que impede a melhora e o que é possível fazer para atingirmos eficácia.

Para finalizar os comentários oriundos da leitura deste rico e cuidadoso trabalho de educação popular em saúde, aqui entendida como todo processo de educação envolvendo a população numa perspectiva dialógica pautada na troca de conhecimentos, recomendo que esta experiência seja ampliada para outros campos de saberes, tanto no âmbito da saúde pública, por meio das práticas em saúde, quanto no âmbito das universidades no contexto da produção de conhecimentos teóricos e metodológicos calcados na realidade vivenciada pelas pessoas.

Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke Psicóloga, doutorado na Universidade Católica de Louvain/Bélgica, Pós-doutorado em Saúde Pública, Professora Titular na Universidade de Fortaleza e Pesquisadora Associada na Universidade de Brasília.
E-mail: agathon@fortalnet.com.br



Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo

Maria Alice Pessanha de Carvalho

Ilustração: Rodrigo Rosa

A educação e saúde é um campo de prática e conhecimento que vem introduzindo mudanças significativas em nossa cultura política, a partir de ações inovadoras.

A educação e saúde é um campo de prática e conhecimento do setor Saúde que resulta da relação entre as disciplinas das ciências sociais, das ciências da saúde e da educação. Ao longo de sua história foi conhecida, como **educação sanitária** em que as ações visavam à aplicação de normas e atitudes para mudança de comportamento dos cidadãos; como **educação para a saúde** ações que objetivavam a saúde como um estado a ser alcançado depois de ser educado; como **educação em saúde** aplicações do referencial da educação para se obter saúde; **saúde escolar** como um conjunto de medidas destinadas a assegurar salubridade aos escolares e como **educação e saúde** fenômenos articulados junto aos movimentos sociais na demanda por serviços de consumo coletivo. Em quase todas essas denominações podemos perceber discursos e práticas autoritárias e normatizadoras na relação do Estado e a sociedade civil. Quase sempre estas práticas foram marcadas por intensa imposição de condutas, valores e normas oriundas das classes dirigentes sobre as camadas mais emp-

brecidas da população. A que, supostamente, poderiam vir a contaminar as elites. A compreensão era de que a educação poderia reverter o ciclo da pobreza e da doença. Aos profissionais de saúde cabia orientar e educar a população para que esta, uma vez educada, obtivesse saúde. Essas ações foram chamadas por Eymard Vasconcelos de educação “toca boiada”, em que os técnicos conduziam a população, usando o berrante (palavra) ou o ferrão (ameaça), a realizarem o que foi definido como conduta saudável (VASCONCELOS, 2001).

Vasconcelos define educação e saúde “como campo de prática e conhecimento do setor Saúde que tem se preocupado com a cria-





ção de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população” (VASCONCELOS, 2001).

No entanto, é importante identificar que estas práticas dialógicas ainda não se constituem hegemônicas nas ações de educação e saúde. Configuram estratégias desenvolvidas no campo da Educação Popular em Saúde.

Nesse texto, buscaremos refletir sobre os princípios orientadores da produção de materiais educativos em uma perspectiva de educação popular em saúde, entendendo o material educativo como uma ferramenta pedagógica que possibilita a mediação no processo comunicacional e educativo de diferentes sujeitos. Nesse sentido, identifica a própria produção do material educativo como espaço de construção compartilhada entre sujeitos de conhecimento. Para tanto, a análise buscou identificar na produção do material como as dimensões políticas, epistemológicas e educativas da construção compartilhada do conhecimento foram desenvolvidas.

Educação Popular e Saúde

Ao longo dos últimos 30 anos, profissionais insatisfeitos com as formas disciplinadoras e mercantilistas do fazer médico hegemônico possibilitaram a criação das condições de enfrentamento a esta lógica dominante.

Passaram a orientar suas ações na busca de alternativas que pudessem superar a lógica autoritária e normativa. É nesse contexto que se desenvolve a educação popular e saúde como metodologia pedagógica no campo da Educação e Saúde. Educação popular em saúde compreendida no reconhecimento do saber/poder popular como elemento de transformação social.

A educação popular e saúde se apresenta com uma metodologia de aprendizagem que possibilita ao sujeito que aprende refletir sobre sua realidade, buscar soluções e neste processo construir um conhecimento significativo.

A origem da educação popular acontece nas experiências de Paulo Freire no processo de alfabetização de adultos, em Angicos, na década de 60. O princípio orientador e metodológico utilizado é a problematização. Na problematização, a análise crítica dos contextos envolve processos de ação-reflexão e ação. Ou seja, é uma pedagogia preocupada com a reflexão dos contextos reais, seu universo de símbolos, linguagens, signos e instrumentos voltados para uma ação que visa a solucionar problemas efetivos.

A prática do método tinha como base inicial o levantamento do universo vocabular dos grupos com os quais a equipe pretendia trabalhar.

Em seguida, eram escolhidas as palavras no universo vocabular pesquisado, devendo ser selecionadas pela sua riqueza fonêmica, pelas dificuldades fonéticas da língua e pelo engajamento da palavra numa dada realidade social, cultural ou política. Tais palavras eram relacionadas a situações existenciais típicas do grupo, que serviam como ponto de partida da discussão, à qual se seguia a decomposição das famílias fonêmicas correspondentes aos vocábulos geradores... (PAIVA, 1984, p. 253).

Nessa perspectiva, a aprendizagem acontece no relacionamento de aspectos que vão além do cognitivo. Articulam o que é significativo, envolvem os conhecimentos prévios, os diferentes interesses, a afetividade, as crenças, as emoções, a espiritualidade, o modo como lidam com a vida e a morte, os sujeitos de conhecimento. Portanto, a aprendizagem acontece nas relações entre os diferentes sujeitos que interagem cooperativamente no enfrentamento de problemas concretos.

Nessa metodologia os alunos são considerados como sujeitos de conhecimento e com possibilidade de exercer a alteridade. Mudar sua dada realidade. Nesse sentido, a dimensão política se apresenta como fator de valorização pessoal que possibilita a construção da autoestima dos sujeitos da aprendizagem.

Essas novas formas de ver e fazer da educação popular e saúde e da ação educativa

acontecem no interior dos serviços de saúde que tem como princípio a relação dialógica. São desenvolvidas por profissionais que fazem crítica ao modelo hegemônico da educação e saúde, autoritária, comportamentalista, prescritiva, normatizadora e culpabilizadora da sociedade usuária. Essas novas formas têm como processos facilitadores as mudanças acontecidas no contexto social brasileiro. Um crescente processo de democratização do Estado Nacional exercido pelo aumento da permeabilidade social na formulação das políticas públicas e pela perspectiva do controle social como controle do público para com o Estado, possibilitaram novas formas político-pedagógicas de atuação. Especificamente, no campo da Saúde, este movimento democrático se materializou por diferentes instâncias do movimento social pela saúde. São os Conselhos de Saúde, os conselhos populares, os ciclos, as associações, as ONGs. Nessas instâncias, crescem uma polifonia pela saúde. São as cobranças veiculadas nas interações de diferentes sujeitos e vozes, marcadas pela interdisciplinaridade e pela transdisciplinaridade.

É nesse contexto de profundas mudanças, na relação entre Estado e sociedade, que se insere a discussão sobre as propostas democráticas de inclusão da perspectiva da sociedade civil ao novo campo da Saúde e especialmente da saúde coletiva.



Podemos identificar que esses movimentos se expressam, também, na busca de um novo olhar da saúde pública que visa a superar estratégias marcadas por campanhas verticais e autoritárias e que considera a complexidade da relação saúde-doença-cuidado.

A saúde coletiva passa a ser vista como um sistema complexo que envolve os processos de vida, adoecimento e morte; o esgotamento das dinâmicas puramente assistenciais e curativas; a pouca efetividade da medicalização dos problemas sociais e a possibilidade de um repensar das relações entre os diversos níveis desenvolvidos sobre a saúde, doença e o cuidado. Níveis que articulam o individual, o grupal e o societal.

É a partir da compreensão da saúde como um sistema complexo que hoje estamos vivenciando uma nova conjuntura da saúde coletiva e da política pública em saúde. É o paradigma da saúde coletiva.

A saúde coletiva passa a ser definida como um campo científico de mediação entre teoria e prática, onde se produzem saberes e conhecimentos a cerca do objeto saúde. É um campo onde se articulam diferentes conhecimentos oriundos das diferentes categorias profissionais, denotando a sua interdisciplinaridade. Um campo de prática onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições, públicas ou privadas. Portanto, podemos inferir que nessas relações são produzidos diferentes saberes por diferentes agentes e atores do setor Saúde.

A saúde coletiva tem como objetivo atender às necessidades sociais da saúde da população e como instrumento os distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não matéricas.

Os conhecimentos construídos em torno das necessidades de saúde estão expressos nos modos como a população representa suas

demandas, como reivindica o cuidado ou atenção médica e como presta o autocuidado.

No entanto, existem poucos estudos que refletem como as classes populares estão entendendo, elaborando e se aproximando das informações veiculadas durante o atendimento em saúde. Muito menos, são estudados como são construídas as estratégias para lidar com a saúde e os modos de adoecer da população usuária dos serviços.

Eymard Vasconcelos (1999) aponta que a medicina ocidental expressão da ciência não tem se preocupado com a compreensão dos saberes, das práticas, das estratégias, dos significados imaginários do conhecimento popular senso comum diante da saúde. Quando tenta compreender, em regra é para facilitar mecanismos de cooptação ou acabar como diálogo entre surdos.

Victor Vincent Valla¹ lembra que foi José de Souza Martins o criador da expressão “a crise da interpretação é nossa”. Com essa expressão, estamos falando das dificuldades que os profissionais tem em compreender as falas dos membros das classes populares. No fundo, as dificuldades residem na não aceitação de que estas pessoas humildes produzem conhecimento.

A conjuntura política, gestada em um governo democrático, aponta para uma convergência entre os interesses dos educadores populares e da população e o discurso do Estado. Estamos vivendo uma nova conjuntura política onde Estado e sociedade podem e devem encontrar soluções de forma compartilhada.

Acreditamos que ambos (Estado e sociedade) possam ter interesses coletivos e que estes sejam orientados no fortalecimento dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde): universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Com destaque

¹ VALLA, V. V. Pesquisador do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da ENSP/Fiocruz em aula no Curso de Especialização em Educação e Saúde, agosto de 2002.

para as instâncias de participação popular, para além dos espaços formalizados de controle (Conselhos de Saúde).

Portanto, acreditamos ser vital discutirmos que a produção do conhecimento e da ação em saúde deva ser construída não só a partir da visão dos técnicos, mas a partir de diferentes olhares. E que estes olhares incluam o científico (construídos pelos profissionais dos serviços em suas práticas) e o senso comum (construídos a partir da vivência da população usuária).

Construção compartilhada do conhecimento

É nesse contexto histórico da prática da educação e saúde que o conceito de construção compartilhada do conhecimento ganha expressão e materialidade.

“A construção do conhecimento implica em uma interação comunicacional, onde sujeitos de saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Esses sujeitos convivem em situações de interação e cooperação que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos e motivações coletivas” (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

A metodologia de construção compartilhada do conhecimento considera a experiência cotidiana dos sujeitos envolvidos nas práticas sociais de cuidado a saúde. Tem por finalidade a conquista pelos indivíduos e grupos populares de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas (CARVALHO, 2000).

Como construção do conhecimento, essa metodologia parte das relações no interior da saúde coletiva e esta pautada em três dimen-

sões: a dimensão política, a dimensão epistemológica e a dimensão educativa.

1 Dimensão política:

Na dimensão política, o eixo estruturador é o conceito de hegemonia formulado por Gramsci (1989). Este autor situa o termo essencialmente na luta de classes no interior do Estado ampliado. O grupo que controla é o grupo hegemônico. É por meio da ação educativa que vão se construindo consensos e se estruturando propostas contra-hegemônicas. Estas são incorporadas no interior do Estado. A conquista contra-hegemônica do Estado ampliado é possibilitada na construção de consensos no exercício político da sociedade civil sobre a sociedade política. A contra-hegemonia será a primazia da sociedade civil sobre a sociedade política no Estado ampliado.

O conceito de hegemonia tem como aspecto central o monopólio intelectual. A direção cultural e ideológica exercida por um grupo social sobre o outro, criando assim um sistema de aliança de classe (GRAMSCI, 1989).

Esta dimensão política aponta para um exercício constante de luta pelo fortalecimento das políticas de saúde e, em especial, da construção do SUS, pela cidadania e pela melhoria da qualidade de vida. Nesse exercício a experiência de vivenciar o acesso, as práticas dos serviços de saúde, as ações de referência e contra referência, na dinâmica da atenção à saúde-doença, no processo de adoecimento e nas práticas de autocuidado configura um aprendizado sem igual. O ponto de vista de quem sofre. Esse exercício possibilita a formulação de novas inclusões sociais e a conquistas de direitos em uma arena de disputa entre grupos e forças sociais na relação com o Estado.

2 Dimensão epistemológica:

Nessa dimensão, o destaque se dá no valor do conhecimento produzido entre senso comum e ciência. A epistemologia como disciplina da filosofia visa ao estudo crítico dos princípios, das hipóteses e dos resultados das diversas ciências. Está intimamente vinculada ao processo científico, ao juízo de valor e ao alcance de seus objetivos. No entanto, para Japiassú a epistemologia apropria-se da ciência para filosofar sobre “o lugar do conhecimento científico dentro do domínio do saber” (JAPIASSÚ, 1986). Diferentemente da filosofia clássica do conhecimento, a epistemologia vê o conhecimento como processo a ser construído, provisório e dinâmico.

Bachelard (1985) afirma que o progresso científico manifesta sempre uma ruptura entre o conhecimento comum e o conhecimento científico. Essa ciência traz a marca da modernidade por se constituir a partir de perpétuas rupturas com o conhecimento produzido pelos seus pares, os cientistas. “A ciência contemporânea é feita da pesquisa dos fatos e da síntese das leis verídicas” (BACHELARD, 1985, p. 43). As leis verídicas são construções que fecundam as chamadas verdades científicas.

Para a ciência, senso comum é opinião, conhecimento vulgar, ou seja, formas não verdadeiras com que precisamos romper para tornar o conhecimento científico.

Podemos, portanto, inferir que entre o conhecimento comum e o conhecimento científico existem diferenças filosóficas. O conhecimento científico está ligado ao racionalismo, à ciência que reclama fins científicos. Pressupõe o método, análise e a sistematização, segundo um processo de normatização e rigor científico. O senso comum tem o empirismo como raiz e está centrado na experiência e no seu desenvolvimento.

Quando o conhecimento comum e o científi-



co registram o mesmo fato, este não possui o mesmo valor epistemológico nos dois conhecimentos produzidos. No entanto, todo o conhecimento é uma aproximação. É constituído em uma relação entre o que é dado e o que está sendo construído. É processo de construção determinado por condições históricas, dinâmicas, provisórias, complexas e superáveis.

Portanto, o conhecimento de uma dada realidade é bastante amplo. Abarcam o conhecimento do senso comum (não sistematizado), o científico (especializado) e o ideológico (posicionamento político).

Nessa perspectiva, incorporamos a visão de Boaventura Souza Santos (1994), que propõe uma caracterização do senso comum que não tem como referência a contraposição ao conhecimento científico. Ao contrário, sua proposta visualiza uma relação dinâmica entre os conhecimentos. O que ele chama de dupla ruptura epistemológica. A primeira ruptura é aquela descrita por Bachelard (1985), realizada pela ciência sobre o senso comum, onde a ciência precisa romper com o senso comum para se afastar e produzir o conhecimento, dito, científico. Na dupla ruptura,

a proposição é uma interação entre estes dois conhecimentos. Boaventura fala de um senso comum esclarecido e de uma ciência prudente. Ou seja, uma ciência que incorpora também as dimensões políticas presentes no conhecimento produzido pelo senso comum.

Do ponto de vista metodológico, essa proposta não defende o relativismo, porém concorda com a necessidade de uma teoria orientadora. Uma teoria que possa ajudar e não reduzir a realidade ao tamanho da teoria. O método deve ser dependente do objeto. Deve servir de caminho e não de fim em si mesmo.

A dupla ruptura epistemológica se pauta não pela hierarquização dos conhecimentos, mas pelo princípio da equivalência dos saberes nas práticas sociais em que são originados. Nessa compreensão, todos são sujeitos de saberes diferentes.

3 Dimensão educativa:

A dimensão educativa da construção compartilhada do conhecimento tem no construtivismo a referência teórica para o conceito de aprendizagem, do ponto de vista metodológico seus princípios estão fundamentados na pedagogia de Paulo Freire.

O construtivismo surgiu influenciado pela tradição kantiana, que afirma que “a razão só entende aquilo que produz segundo seus próprios planos”. Nessa concepção,

o pressuposto principal é o sujeito como construtor do conhecimento. Os sujeitos são observadores e analisadores das experiências dessa realidade, construindo e percebendo de forma pessoal e particular e buscando inferir no mundo.

A aprendizagem, em uma perspectiva construtivista, pode ser definida como um processo pelo qual o indivíduo, inserido no contexto social, elabora uma representação pessoal do objeto a ser conhecido.

Essa relação dinâmica ocorre no confronto do sujeito (seus saberes) e seus conhecimentos anteriores com a realidade historicamente determinada. A aprendizagem pressupõe a combinação da interatividade² e da cooperação³ na construção da autonomia⁴ dos sujeitos envolvidos nas relações de construção do saber. Portanto, toda interação envolve uma relação de aprendizagem e toda relação de aprendizagem na prática da educação e saúde deve ser pautada pela busca de processos de autonomização.

Do ponto de vista metodológico, a construção compartilhada do conhecimento se referencia na pedagogia problematizadora. A pedagogia problematizadora tem como crítica central às práticas educativas centradas na transmissão de conhecimento, nas normas, nas condutas que reproduzem uma relação autoritária e professoral, normalmente veiculadas por profissionais com origem social diversa ou de outras realidades.

Paulo Freire requalifica o papel do sujeito que aprende e sua autonomia como sujei-



² Interatividade é uma inter-relação mediatizada pela comunicação que acontece durante o relacionamento entre indivíduos e grupos em uma comunidade de aprendizagem. O participante avança em suas atividades e habilidades, realizando associações e interligando informações por meio da participação com os outros nas atividades planejadas (Carvalho, 2000).

³ Cooperação é uma relação compartilhada estabelecida entre os participantes do programa no desenvolvimento da aprendizagem e na realização de projetos de interesse comum. Essa relação se caracteriza pela desigualdade do conhecimento entre os participantes, pelo sistema de combinações e compromissos estabelecidos na solução de problemas significativos (Carvalho, 2000).

⁴ Autonomia no desenvolvimento da aprendizagem é a capacidade do aluno em autodeterminar-se, escolher, apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido culturalmente em função de suas necessidades e interesses. Caracteriza-se pela responsabilização, auto-determinação, decisão, auto-avaliação e compromissos a partir da reflexão de suas próprias experiências e vivências (Carvalho, 2000).



to de conhecimento dizendo que “ninguém educa ninguém, todos nos educamos permanentemente”.

Nessa relação, educandos e educadores aprendem no enfrentamento do contexto real e têm como objetivos comuns a mudança político-social.

Portanto, a construção compartilhada do conhecimento e a educação popular e saúde tem como matriz pedagógica a problematização.

Com base em tudo o que foi escrito até agora, podemos identificar alguns princípios da construção compartilhada do conhecimento a serem desenvolvidos nas ações educativas. São eles: trabalhar os temas e as questões a partir dos interesses e visão de mundo dos grupos envolvidos; promover uma relação de diálogo e de escuta; problematizar a realidade local; estimular a prática metodológica dialética; promover processos de desconstrução de conceitos, valores e posturas, como mais necessários que o de construção; usar múltiplas linguagens metodológicas; estimular a interação entre os sujeitos; promover relação de cooperação; estimular processos construtores de autonomia; manter uma postura investigativa da realidade, articulando o processo de ação-reflexão-ação; promover avaliação processual e possibilitar ação educativa de extrema liberdade.

É com base nesses pressupostos que as práticas de educação e saúde se estruturam e se efetivam na relação com a população usuária da saúde. Para tanto, o uso de estratégias pedagógicas como as oficinas, as dinâmicas de grupo, o uso e a construção coletiva de material educativo são mediações do processo educativo.

Material educativo

O material educativo é uma ferramenta que possibilita o diálogo comunicacional. É um

instrumento que faz a mediação entre os conhecimentos produzidos nas diferentes áreas do conhecimento e da prática e aqueles que estão em situação de aprendizagem. Pode ser construído de diferentes formatos e pressupostos, dependendo da teoria orientadora. Caso o processo comunicacional seja o tradicional de transmissão, do emissor para o receptor, “um para todos”, quem é responsável pelo conteúdo e forma é apenas aquele que escreve, o autor e o editor. Caso o modelo comunicacional pressuponha uma relação dialógica e multidirecional, “todos para todos”, estamos falando de uma relação que privilegia o diálogo aberto e a interatividade entre os sujeitos do processo comunicacional. Nesse sentido, a obra privilegia a possibilidade de interpretações e interações diversas não só no seu uso, mas, principalmente, na própria elaboração do material educativo. Todos são autores, à medida que a produção promova o diálogo. Ou seja, quanto maior a interatividade na construção do material educativo, menor será a possibilidade de definição de autoria. Ela acontecerá de forma compartilhada.

Todo material educativo pode ser definido como ferramenta pedagógica que possibilita a mediação no processo comunicacional e educativo entre os diferentes sujeitos da aprendizagem. A mediação está presente em toda a atividade humana. São instrumentos, ferramentas, sistemas de signos, constituídos historicamente, e compartilhados por meio da cultura. Esses funcionam como mediadores do homem com o mundo. A linguagem se configura como a principal ferramenta de unidade do pensamento e do intercâmbio cultural por meio da fala. A fala é um signo mediador por excelência. Vygotsky (1998) considera os instrumentos e os signos como os dois elementos mediadores da construção da realidade. Os instrumentos têm a função de regular as ações

sobre o objeto. Os signos regulam as ações sobre o psiquismo das pessoas. São representações que substituem e expressam a realidade. Portanto, são marcas externas que servem como auxílio da memória: sinais de trânsito, letras, desenhos, etc. (REGO, 1995). Essas premissas fazem parte do pensamento sociointeracionista de Vygotsky (1978), que considera a aprendizagem como fruto de uma ação social mediada pela cultura.

Produção de material educativo e a construção compartilhada do conhecimento

Trabalhando com grupos e elaborando material educativo em conjunto com a população, as DST/aids no cotidiano das mulheres privilegiou perceber como as dimensões e os princípios da construção compartilhada do conhecimento foram trabalhados e efetivados na construção da ferramenta pedagógica.

Esse material representou um esforço de registrar e apresentar um trabalho coletivo de produção de um manual voltado para os profissionais que compõem as equipes de saúde. Sua construção apresenta a problematização e o diálogo como ferramentas metodológicas.

Trabalhar os temas e questões a partir dos interesses e visão de mundo dos grupos envolvidos nem sempre é tarefa fácil. Nesse princípio, o material produzido apresenta um tema específico, os problemas relativos a prevenção das DST/aids. Embora seja um problema de saúde pública pode não ser um problema para as mulheres. Nem sempre esses interesses convergem. No entanto, mesmo que tenhamos uma pauta já agendada, a perspectiva daquele que vivencia a relação deve ser o ponto de partida e de chegada da ação educa-

tiva. Ao falar da sua vida e a vida sexual está incluída, essas mulheres apresentam seus sentimentos, suas formas de relação com o mundo, a produção de sua auto-estima, como lidam com seus preconceitos e afetos. Enfim, de que forma se relacionam com o mundo em que vivem. Nesse sentido, é fundamental que tanto o educador e o educando estabeleçam uma relação de confiança mútua e companheirismo.

A dimensão epistemológica é evidenciada em todo processo metodológico proposto. É a relação e o diálogo entre os saberes e práticas que pontua a proposta. No entanto, a relação de diálogo e de escuta envolve a necessidade de um processo de negociação. É uma negociação de sentidos, interesses, necessidades, afetividades. Enfim, todos os sentimentos da subjetividade relacionados com os da racionalidade. Envolve, também, saber: Quem decide o tema a ser trabalhado? Quais são os determinantes que envolvem esse tema? Quais interesses estão envolvidos? É uma pesquisa financiada ou uma demanda social explicitada ou a ser explicitada?

Esses pontos foram trabalhados no manual quando seus autores discutem a necessidade do estranhamento e da argumentação na problematização. Estranhamento no sentido do exercício de se distanciar para ver melhor. Identificar que o fato acontece com outras pessoas. Em outros lugares, mulheres discutem sua vida sexual, afetiva e seu entorno. Portanto, não pode ser individualizado e sim contextualizado, relacionando fatores econômicos, sociais e culturais. A argumentação possibilita o exercício político da alteridade. Nesse processo, é necessário que os participantes tenham a oportunidade de explorar os temas e controvérsias em questão, na busca de um campo comum de conhecimentos, signi-



ficados e crenças no domínio do problema. Nesse processo, existe a necessidade de estruturação das falas, onde as questões são processadas, ressignificadas, elaboradas, possibilitando a reconstrução do laço social na busca por soluções coletivas.

Ao identificarmos a população como parceira, negociando sentidos, necessidades e interesses, a relação que se estabelece é de construção de sujeitos que opinam, têm formulações, constroem um saber fruto da vivência científica e popular e não de um convite/sedução para participar de uma estratégia pré-definida pelos profissionais de saúde.

Os autores sugerem uma série de recomendações, bastante importantes, para quem realiza trabalhos participativos de educação. Entre eles, destacamos a recomendação que os profissionais sejam “ousados” ao se expressarem e exporem seus sentimentos durante as práticas. No entanto, cabe um alerta aos profissionais de saúde. Estes correm o risco de se protegerem no discurso científico, para não se colocarem e não se exporem e deixar de refletir que possuem os mesmos sentimentos, medos, desejos e dúvidas da população usuária. O princípio da equivalência de saberes aqui se aplica, também, para a equivalência de sentimentos frente a uma dada realidade.

Podemos identificar que a dimensão política foi pouco explorada no material educativo. Principalmente, no sentido da formulação de novas propostas de atenção e cuidado. No entanto, podemos perceber que o exercício da participação está presente em todo o desenvolvimento do material. Esse exercício tem como resultado as diferentes formas de participação da população identificadas e descritas: uma participação mais restrita onde os roteiros são construídos pelos profissionais a partir do diálogo com os participantes; participação mais conjunta que reflete a construção coletiva dos sujeitos, onde o conhecimento técnico tem que ser “impregnado pelo conhecimento produzido no cotidiano”; partici-

pação autônoma o grupo decide sem a participação do técnico fazer a cartilha. Essas estratégias representam formas de relação diferenciadas. Na primeira, embora aconteça a escuta atenta e a negociação entre os parceiros, será sempre uma aproximação e tradução dos técnicos, restringindo a autonomia do grupo. Inversamente proporcional é a participação autônoma que, embora reflita um grau de organização do grupo, desqualifica o diálogo entre os profissionais, restringindo a interação entre os saberes. A prática do diálogo implica ouvir, também, o que a ciência tem a dizer.

A dimensão educativa foi a mais evidenciada na elaboração do manual. Os principais elementos norteadores apresentados podem ser resumidos em quatro princípios metodológicos: prática dialógica e de escuta atenta; problematização da realidade; problema ressignificado. A proposta de elaboração do material tem como princípio a identificação de que na aprendizagem o sujeito é construtor do conhecimento a partir da relação com o contexto. A aprendizagem é desenvolvida e ancorada aos conhecimentos prévios e significativos que sempre existem. Para tanto, a escuta e o diálogo possibilitam o desenvolvimento da autoestima e da identificação de que os problemas, as formas de ver a realidade a partir da ótica de quem a vivencia são importantes para a definição política do enfrentamento dos problemas da saúde. A pedagogia problematizadora se configura como ação metodológica mais adequada para estes processos construtores de autonomia.

Para a criação de materiais educativos que possibilitem a autonomização de sujeitos, podemos tomar como referência os pressupostos de Freire (1996). No livro *Pedagogia da Autonomia* são colocadas de forma didática as recomendações necessárias ao desenvolvimento de um trabalho educativo que se proponha estimulador de processos autônomos e também pontua as demandas direcionadas ao educador. Freire toma como

ponto de partida a postura de que a valorização da competência tecno-científica e o rigor não devem ser menosprezados e nem super valorizados em relação ao amor e a afeição, indispensáveis à ação educativa. Essa relação tem a motivação e o afeto como prática pedagógica a ser exercitada na relação de aprendizagem, ajudando a construir ambientes favoráveis à construção do conhecimento.

Considerações finais

Pensar e realizar propostas de construção compartilhada de conhecimento é fruto do desenvolvimento e do exercício permanente, a ser conquistado nas relações de respeito aos diferentes saberes (educando e educador e a comunidade de aprendizagem), no rigor metodológico e na reflexão crítica sobre a prática. Principalmente, um rigor e reflexão sobre como se aprende, quais as dificuldades que enfrentam, que problemas vivenciam na práti-

ca, que curiosidades orientam e na disposição para desenvolver o diálogo e a cooperação no campo da Educação Popular.

Podemos inferir que a produção de um material educativo, além de ser um processo dialógico, é também um processo inconcluso. Será sempre um vir a ser e um redesenho dinâmico, histórico e fértil. A realidade trará novos olhares, novas formas de ver, interagir, cooperar e enfrentar. Com certeza, novos materiais educativos como este surgirão possibilitando a constituição de processos que diminuam a autoria individualizada, em busca de processos de autoria coletiva.

Maria Alice Pessanha de Carvalho Mestra em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, UFRJ. Coordenadora Adjunta da Escola de Governo em Saúde: Coordenação de Ensino e Formação Profissional / ENSP/FIOCRUZ.

E-mail: alicep@ensp.fiocruz.br

REFERÊNCIAS

- BACHELAR, J. *Novo espírito científico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.
- BOURDIEU, P. *Razões práticas sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus, 1996.
- CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. IN: VASCONCELOS, E. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- CARVALHO, M. A. P. *Análise de um ambiente construtivista de aprendizagem a distância*: estudo da interatividade, da cooperação e da autonomia no curso de gestão descentralizada de recursos humanos em saúde. 2000. 175f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- DIECKS, M. S.; PEKELMAN, R. (Org.). *Trabalhando com grupos e elaborando material educativo em conjunto com a população*: as DST/AIDS no cotidiano das mulheres. Porto Alegre: Coordenação Nacional de DST/AIDS/UNESCO, 2001. 54 p.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.
- JAPIASSÚ, H. F. *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.
- KANT, I. *Crítica da razão pura*. 2. ed. Lisboa : Fund. Calouste Goulbenkian, 1989. p. 18.
- PAIVA, V. *Educação popular e educação de adultos*. São Paulo: Loyola, 1984, p. 253.
- REGO, T. C. V. *Uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice*: o social e o político na pós-modernidade. 4. ed. Porto: Afrontamento, 1994.
- VANILDA, P. P. *Educação popular e educação de adultos*. São Paulo; Loyola, 1984.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC; Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- VYGOTSKY, L. S. *Mind in society*: the development of higher psychological processes. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e linguagem*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Reflexões e Vivências



Estórias da educação popular

A criatividade se faz presente neste pequeno texto que nos remete a várias estórias. **Pág. 103**

Em Nazaré, cercada por água...

Os desafios e descobertas de quem realiza um trabalho educativo com as populações ribeirinhas. **Pág. 106**

Educação emancipatória...

Os sujeitos sociais são verdadeiras construções que nos revelam uma gama de possibilidades. **Pág. 114**

Pensando alto...

Um fragmento dos versos de João Cabral de Melo Neto, em *Morte e Vida Severina* como fonte de inspiração para novas reflexões. **Pág. 117**

Trocando do "Era uma vez... para o Eu conto"

Histórias de vida na Educação Popular em Saúde Mental. **Pág. 120**

Você tem sede de quê?

Adaptação do texto *Pelos caminhos do coração*, do livro *A saúde nas palavras e nos gestos* reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. **Pág. 122**

Peripécias educativas na rua

A simplicidade e a emoção traduzidas na atitude educativa que tem a rua como espaço pedagógico. **Pág. 131**

Estórias da educação popular..¹

Ausonia Favorido Donato

Ilustração: Samuca

Engraçadas e até mesmo meio aventureiras, as estórias da educação popular revelam o universo criativo em que acontecem as ações.

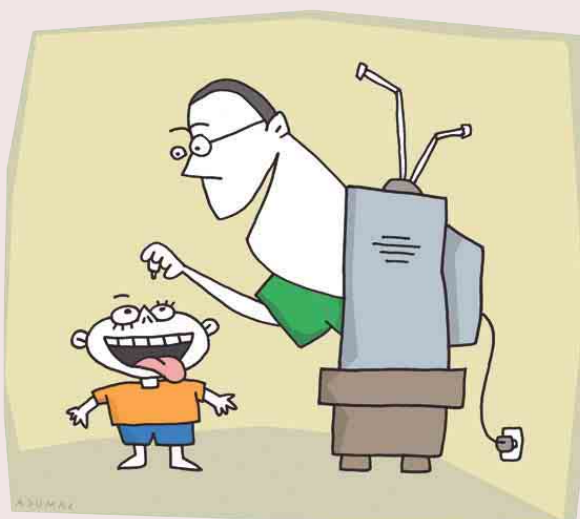
O interesse que tenho pela inter-relação educação-comunicação deriva de uma experiência vivida na minha adolescência. Há muitos anos, portanto.

Ainda no curso clássico, fui convidada para participar de pesquisa que visava, entre outros objetivos, a obter informações para professores universitários, sobre o universo vocabular e conceitual de crianças recém-ingressas em escolas com o propósito de preparar uma nova cartilha para alfabetização.

Minha tarefa consistia em entrevistar crianças de várias escolas, de diversos segmentos e classes sociais, perguntando-lhes o significado de algumas palavras. Entre elas, a palavra surpresa.

Em determinado dia, ao indagar a uma criança com 7 anos, pertencente à classe média-alta, então iniciando a 1.º série, se ela sabia o significado da palavra surpresa, obtive como resposta: “Sei, claro! Surpresa é quando de 6.º feira, no final da aula, o Jorge (chofer) vem com meu pai, minha mãe e meu irmão me buscar pra gente ir para a fazenda”.

No mesmo dia ouvi, com grande emoção e indignação, diante da mesma pergunta, e de uma criança também com 7 anos e iniciando a 1.º série só que moradora de uma periferia mise-



rável a seguinte resposta: “Sei, surpresa é quando eu fico no portão esperando o pai chegar e o pai vem lá debaixo, trazendo um saco de pão!” A única semelhança entre as duas crianças era o mesmo brilho radioso nos olhos.

Na ocasião, apesar de ainda não saber que viria a trabalhar em Educação, me passava a seguinte dúvida: será que os professores dessas crianças lhes ensinam do mesmo jeito?

Tendo terminado o curso de graduação em Pedagogia e considerando os conhecimentos adquiridos muito fragmentados, senti a necessidade de aprofundá-los e sistematizá-los num curso de pós-graduação.

Na época, visualizei como opções possíveis: Supervisão Escolar, Currículos e Programas, Orientação Educacional e Administração Escolar, todas na Faculdade de Educação. Porém, constatei que os currículos de todos estes cursos tratavam dos mesmos temas já vistos na graduação e, pior, com o mesmo enfoque.

Entretanto, em 1968, soube da existência de um curso recém-criado na Faculdade de Saúde

¹ Texto integrante da tese *Trançando redes de comunicação*. DONATO, A. F. Tese (Doutorado)-Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000; cap. 1.

Pública, em que os processos de aprendizagem, que sempre me fascinaram, relacionavam-se com uma outra dimensão, com a qual não possuía qualquer contato formalizado: a Saúde Pública.

O desafio que representava a articulação dessas áreas de conhecimento foi muito grande e resolvi enfrentá-lo.

A partir de 1969, como educadora em Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, iniciei meus contatos diretos com a população para concretizar um dos objetivos que me levaram a escolher esta atividade profissional: esclarecer e orientar a população no sentido de minimamente, na época, impedir a ocorrência de doenças que poderiam ser evitadas com vacinação.

Com esta perspectiva, devidamente treinada pelo então Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) e portadora de um “planejamento dos aspectos educativos da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV)”, percorri inúmeros municípios do Estado de São Paulo.

Muitas vezes detectei a inviabilidade e a inaplicabilidade das ações planejadas. Como entrevistar algumas das autoridades relacionadas no planejamento, se elas não se encontravam na ocasião? Com a ausência do prefeito, da diretora da Escola, da diretora da Associação Assistencial, o que fazer? Restavam-me, pelo menos, duas alternativas: entrevistar outras autoridades, quando existiam, ou procurar outras formas de comunicar-me com aquela população. Atendendo à minha convicção, optei pela segunda. Afastei-me dos cânones da educação sanitária da época e arrisquei. Assim é que, em um mês de férias, “descobrimo” o palhaço Geringonça, pude com ele partilhar da minha principal necessidade naquele momento: preparar a população para receber as equipes de vacinação, já a caminho. Vi-me, então, após pequeno ensaio, participando de uma matinê circense, onde os

conhecimentos, a importância sobre a vacinação e as informações sobre o “revolvinho” - ped-o-jet - eram lúdicas e respeitosamente veiculadas. Aprendi muito com o Geringonça! Daí pra frente, senti-me mais fortalecida para prosseguir.

Certa feita, em situação similar ausência quase total das lideranças formais, em um programa “Bairro contra bairro”, dirigido pelo radialista líder de audiência na região, “Nhô Cido”, no qual moradores de bairros distintos se desafiavam e lá mostravam suas performances artísticas, participei com minhas “mensagens preventivas”. Convidada a subir no palco a carroceria de um imenso caminhão, o público gritava entusiasticamente: Canta! Canta! ... e não restou a mim outra coisa, senão cantar! Cantei “modas de viola” que tinha aprendido com o Sr. Expedito, motorista com quem trabalhava.



Claro, teria muitas outras histórias...

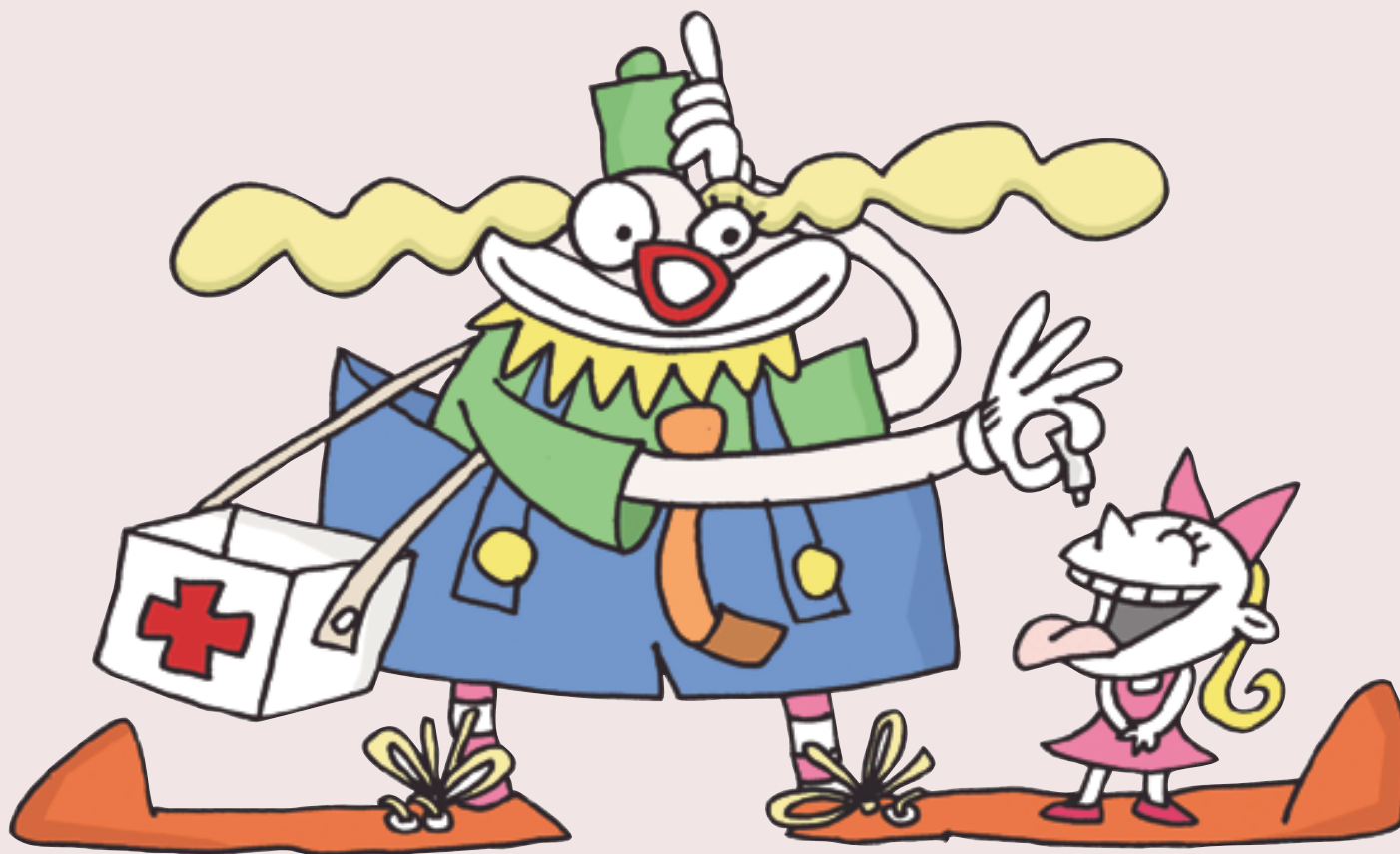
Entretanto, considero digna de registro pelo menos mais uma. Minha participação, desta vez, já acompanhada por colegas educadoras, graças ao respaldo da direção do serviço de educação em saúde pública (SESP), em uma telenovela da extinta TV Tupi. Na época, deparávamos, ao agendar reuniões noturnas com líderes comunitários, ou mesmo com a inauguração da campanha nos municípios, com uma forte concorrente: a novela “Nino, o italianinho”. Ou seja, a cidade, às 19 horas, parava diante de seus televisores. Entramos em contato com o diretor da novela, Geraldo Vietri. Com inegável compe-

tência, sensibilidade e disponibilidade de colaboração, reuniu ele “seus” atores que, mesmo travestidos de personagens, dispuseram-se a receber a vacina em cena, formulando aos nossos vacinadores as questões que realmente lhes interessavam. Eram questões que o público nos formulava...

Pode-se dizer que este evento - veiculação de mensagens sobre a importância da vacinação num programa de entretenimento - se constituiu no primeiro merchandising social da televisão brasileira! E com a marca da cidadania!

Ausonia Favorido Donato Doutora em Saúde Pública pela USP.

E-mail: ausonia@colegioequipe.g12.br



Em Nazaré, cercada por água... um mergulho e muito aprendizado!

Wilma Suely Batista Pereira

Ilustração: Samuca

Uma reflexão sobre a aproximação entre a enfermagem e a educação popular junto a uma população ribeirinha do norte do País.

Pertenço a um grupo de professores e professoras que desenvolvem pesquisas e trabalhos educativos numa localidade chamada Nazaré, situada à beira do Rio Madeira, em Rondônia. Para chegar até lá, leva-se entre seis e 12 horas, de barco, dependendo das condições do rio. O barco fretado costuma ser grande, com dois andares e modelo típico das embarcações amazônicas. Lá fazemos discussões, colocamos em dia as leituras, planejamos atividades, nos divertimos alegremente enquanto fazemos a travessia. É o “Projeto Beradão” da Universidade Federal de Rondônia, que por meio de uma equipe interdisciplinar composta por geógrafos, administradores, enfermeiras, pedagogas, assistentes sociais, também congrega colaboradores eventuais, docentes e alunos e alunas de outras instituições.

No Projeto Beradão, os cuidados referentes à promoção da saúde se fazem presentes em atividades de extensão articuladas à Linha de Pesquisa, Educação Popular e Saúde. Por estarmos na Amazônia, com todas as peculiaridades climáticas, sociais, históricas, econômicas e



culturais, a abordagem de enfermagem requer que se confronte instrumentais teóricos e metodológicos com a experiência de convivência com estas populações, de modo a se construir novas possibilidades de trabalho educativo. A educação popular é a orientação que seguimos nos trabalhos realizados nessa linha de pesquisa.

Quando nos referimos à área ribeirinha temos sempre em mente sua vastidão característica, de difícil acesso, e, portanto, nem sempre alcançada pelas ações do sistema oficial de saúde. A área ribeirinha de Rondônia oferece paisagens ambientais de exuberância e mistério, ocupadas por populações que vivenciam situações precárias e apesar de todo o esquecimento de que são vítimas por parte das ações públicas, não abrem mão da sua riqueza cultural.

A partir da compreensão dos indicadores de saúde como reflexos do patamar de desenvolvimento social e econômico de uma região, a construção do cuidado de enferma-

gem dirigido à população ribeirinha visa à promoção da saúde e requer participação e troca de saberes. Em busca de obter elementos para a elaboração de estratégias de aproximação com a população ribeirinha passíveis de sistematização para serem reproduzidas na formação dos estudantes de enfermagem, sobretudo no que concerne à saúde coletiva, foram realizados trabalhos de pesquisa e extensão com base na educação popular junto à população de Nazaré. Tal empreendimento constituiu um desafio constante, enfrentado e refletido a cada viagem à comunidade. A experiência que vamos narrar aconteceu em 2001. É uma reflexão sobre a aproximação entre a enfermagem e a educação popular necessária para qualquer intervenção duradoura que se pretenda realizar junto à população ribeirinha.

Vamos conhecer Nazaré?

A vila de Nazaré era um antigo seringal chamado “Boca do Furo”, habitado por 25 famílias e que surgiu nos anos 40, com o fim do segundo ciclo da borracha. Localiza-se à margem esquerda do Rio Madeira, a 150 km de Porto Velho e abrange atualmente 14 localidades. Os moradores plantam melancia, mandioca, feijão e são extrativistas, ou seja, retiram da floresta alimentos, caçam e pescam (LIMA; SOUZA, 2002).

As casas de Nazaré são de madeira retirada da mata pelos próprios moradores, que seguem basicamente dois modelos de construção: palafitas na área que alaga com a estação das águas (inverno amazônico) e plantadas ao chão nas áreas de terra firme. Há apenas dois prédios de alvenaria em toda a vila: o posto de saúde, reformado em 2001 e a Igreja São Sebastião, construída recentemente.

A beleza local é descrita com precisão por Figueiredo:

A Vila de Nazaré é banhada por um Igarapé, que dá acesso aos lagos que emolduram uma paisagem de

raríssima beleza, principalmente ao entardecer, quando a passarada busca a vegetação ao redor para se proteger à noite, e os nossos olhos são preenchidos pelos matizes formados pela luz do sol poente incidindo na água, em contraste com a mata verde (FIGUEIREDO, 2002, p. 111).

Em Nazaré, só há escola até a 4.ª série. Muitas pessoas não sabem ler. Pais e mães que têm família em Porto Velho enviam filhos e filhas para estudar na capital, muitas vezes trabalhando como empregados e empregadas nas casas de familiares ou conhecidos de mais posses. Não há telefones, apenas um rádio amador que não é muito utilizado pela comunidade. Os barqueiros que trafegam pelo Rio Madeira servem de portadores de recados, notícias, entrega de mercadorias de Porto Velho ou das outras localidades ribeirinhas para os moradores de Nazaré.

Há uma equipe do Programa Saúde da Família que visita a comunidade quinzenalmente. Há dificuldades de conseguir profissionais dispostos a enfrentar viagens de voadeira¹, durante cinco horas debaixo do sol amazônico, expostos aos perigos naturais do Rio Madeira (piranhas, candirus, jacarés, além de bancos de areia e troncos de madeira que comumente são encontrados no leito do rio). Barcos de linha fazem o trajeto mais lenta-



¹ Voadeira é uma embarcação pequena, desconfortável, que abriga no máximo dez pessoas, movida a motor, que de tão rápida, parece flutuar sobre a lâmina d'água, por isso é chamada "voadeira".

mente e oferecem poucas opções de horários. Muitos profissionais desistem após a primeira viagem. Com isso, a população tanto da vila como de outros sítios pertencentes ao distrito de Nazaré, ficam, na maior parte do tempo, sem assistência contínua pela mesma equipe. Estabelecem entre si explicações e estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde mais graves, enquanto a equipe de saúde chega. Caminhando de casa em casa, é comum ouvirmos receitas caseiras para os mais diferentes problemas de saúde, incluindo os de natureza mental ou emocional. Chás, benzimentos, garrafadas, banhos, simpatias...

Os moradores reconhecem a lacuna deixada pelo serviço oficial de saúde e reclamam atendimento contínuo. Muitos se mudam quando chega a época de cheia, porque a comunidade fica praticamente isolada das outras localidades e os barcos que vêm de Porto Velho passam ao longe ou não chegam. É possível perceber a aflição de muitas famílias, sobretudo aquelas que têm alguém doente, crianças pequenas, idosos ou gestantes, ante a impossibilidade de obter socorro imediato.

A vida em Nazaré é regida pela água. As famílias passam a maior parte do tempo no rio e nos igarapés e lagos, lavando roupa, tomando banho, pescando, retirando água para uso doméstico. As crianças, criadas ao ar livre, em contato com a natureza, costumavam evacuar no mato, nas imediações dos lagos. É comum encontrarmos cães e gatos brigando por restos de comida jogados à beira do igarapé ou do rio, ao lado de crianças e adolescentes brincando na água.

Só em 2001 a população recebeu a construção de banheiros nas casas, pela primeira vez em quase 60 anos. Acompanhamos a alegria das famílias, mas também seu estranhamento frente ao novo cômodo. Foi um grande ganho para Nazaré, muitos repetiam isso, mas, aos poucos iam que seria preciso mudar muitos hábitos adquiridos há gerações, principalmente a evacuação e o banho no rio.

Ao me aproximar daquela realidade, ficava me questionando sobre como implementar atividades educativas junto à comunidade, partindo do respeito ao saber próprio dela, de seus costumes e tradições. Passava os dias observando. Andava pelas veredas, escutava fragmentos de conversas, quando convidada, entrava em algumas casas. Sabia que seria uma construção lenta. Aos poucos, as pessoas iam se acostumando à presença de toda a equipe. Tínhamos por hábito não nos juntar em bandos, mas, andar sozinhas ou em duplas, para não chamar a atenção mais do que já chamávamos.

O encontro com as ribeirinhas: de conversa em conversa, muito a aprender!

Uma descoberta foi a acolhida maior por parte das mulheres. Talvez por passarem maior parte do tempo em casa fazendo as tarefas domésticas. Criamos coragem e decidimos chamar algumas para conversar. Convidamos, lançamos a idéia de umas conversas animadas sobre assuntos da vida. Divulgamos na difusora da Igreja Evangélica, para que as moradoras dos sítios vizinhos viessem. Algumas aceitaram. Marcamos dia e hora, conseguimos permissão para fazer o encontro na escola. Escalamos uma das alunas participantes do trabalho para distrair as crianças, contando histórias e fazendo brincadeiras enquanto as mães estavam conosco.

Preparamos lanche, selecionamos alguns materiais sobre saúde da mulher para darmos o “pontapé inicial” e depois levantaríamos os assuntos que elas desejassem abordar nos próximos encontros, se eles viessem a acontecer. Queríamos dar ao encontro um ar de confraternização e informalidade que nos deixasse a todas próximas e sem receios.

No primeiro encontro, 23 mulheres compareceram. No início, ficaram um tanto caladas, mas foram se expressando, umas mais, outras menos. Fizemos um círculo com as cadeiras, nos apresentamos, conversamos amenidades. A discussão inicial foi sobre nosso corpo de mulher. Perguntávamos: o que é ser mulher? Entregamos lápis de cor, papel, borracha. Pedimos que desenhassem o seu corpo. Algumas aceitaram de pronto, outras mais envergonhadas, ficavam observando. Após desenhar, convidamos aquelas que quisessem mostrar seus desenhos, descrevendo-os.

Foi uma riqueza. Aos poucos, elas mostravam seus desenhos, explicavam com detalhe o que haviam desenhado. Enquanto se referiam ao desenho, falavam de si mesmas: como se viam, o que achavam mais bonito em si, sonhos para o futuro, relação com os companheiros e filhos, a vida em Nazaré...

Após o lanche, fizemos uma brincadeira: a eleição da mais sem-vergonha do grupo, aquela que não tinha receio de falar em público. Foi animado! As crianças que brincavam lá fora, sob os cuidados da nossa aluna, vieram ver o que estava causando tanta algazarra.

Ao final, avaliamos o encontro. Quase todas expressaram suas opiniões. Disseram que queriam mais encontros como aqueles. Fizemos uma lista de assuntos a serem abordados nos próximos encontros: como evitar filhos, doenças do útero, prazer sexual, educação dos filhos, como evitar doenças causadas por vermes, etc.

Fizemos um pacto: prometemos não permitir a presença de homens nos nossos encontros, para que se sentissem mais à vontade. A recreação com as crianças foi mantida; decidimos que todas limparíamos a escola após cada encontro.

Distribuimos pastas cor de rosa contendo papel sulfite, lápis, caneta, borracha, régua. Os encontros seguintes, realizados uma vez por mês, foram cada vez mais animados, com a presença de mais participantes, vindas de outras comunidades, acompanhadas de filhas adolescentes, noras,

netas. Era bonito ver as voadeiras chegando, atracando lá embaixo no rio, cheias de mulheres empunhando as pastas cor de rosa, agitando-as no ar, a nos cumprimentar de longe.

Fizemos um sorteio de pequenos brindes femininos: batom, presilha de cabelo, pulseira de miçangas, anel, meia calça. Homenageamos as aniversariantes, conversamos sobre problemas que afligiam algumas participantes, verificamos pressão arterial, trocamos segredos do cuidado de feridas, aprendemos receitas de chás e lambedores. Ouvíamos histórias do boto, encantamento da jibóia e outras lendas de arrepiar, contadas com gosto, na clara intenção de nos atralhar o sono no barco, à noite.

Aos poucos, a amizade se instalava entre nós. Fomos cumprindo a cada encontro a pauta sugerida pelas participantes, que elegiam os assuntos mais urgentes para os encontros seguintes. Às vezes ficava conversando enquanto algumas lavavam roupa no rio. Aprendi que para evitar o ataque das arraias, era preciso fazer a “bateção”, ou seja, bater com um pau na água bastante e andar arrastando o pé, pois elas atacam quem as pisa, com um ferrão que provoca dores terríveis.

Um mergulho nas águas de Nazaré

Em um desses encontros, discutimos a importância da água para nossas vidas. Destaquei alguns trechos para mostrar, tomando o cuidado de atribuir outros nomes:



“Eu uso a água pra lavar a louça, a roupa, tomar banho, fazer a comida... a água é tudo. Já pensou, a gente que já nasce dentro d’água, parece até peixe, de repente não ter mais água em Nazaré?” (Maria)

“A água é a coisa mais sagrada... quando estou de cabeça quente, vou lá pro colhereiro tomar um banho, esfriar a cabeça, é bom demais...” (Joana)

“Às vezes, no domingo, a gente vai todo mundo lá pro lago pescar, lá mesmo a gente assa e come os peixes com cerveja, quando tem...” (Célia)

“É engraçado, outro dia eu estava pensando, o barco anda em cima da água. Quer dizer que quando a gente quiser, a gente pode andar em cima da água, é só pegar o barco! Os barcos chegam, saem, levam gente para São Carlos, Calama, Porto Velho... trazem mercadorias pra gente...” (Expedita)

Pude identificar algumas dimensões do uso da água e seu significado para o dia-a-dia das ribeirinhas. Chamei de dimensões porque indicam a maneira como as mulheres vêem e se relacionam com a água que, na verdade, é algo mais profundo do que o simples uso do cotidiano. São elas:

Dimensão água sagrada

Maria enumera os usos domésticos da água e depois apresenta uma definição dos ribeirinhos, como aqueles que já nascem dentro d’água, não podendo viver sem a água, que é tudo. Nazaré sem água parece um sonho ruim para Maria.

Joana atribui à água um poder sagrado de curá-la quando aborrecida. O colhereiro a que se refere é um igarapé lindo, de águas geladas. Mais adiante, tem o igarapé “cura-ressaca” que, como o próprio nome já diz, pela baixa temperatura da água, sempre encoberta pelas árvores das matas ciliares, é freqüentado após finais de semana mais festejados, pelos moradores, para aliviarem o mal estar da ressaca.

Dimensão água e rotina doméstica

As ribeirinhas se referem à água como aliada do trabalho doméstico, na lavagem da roupa, na limpeza da casa, no preparo das refeições. Algumas vão em grupo para a beira do igarapé. Lá conversam, brincam, enquanto lavam as roupas da família.

Dimensão água e lazer

Na água há opções de lazer para homens, mulheres, jovens, crianças. Pescarias, banhos, mais velhos dando aulas de remo, competições de canoas... risos, gritos, música alta, vida celebrada na beira d’água.

Dimensão água contato com o mundo lá fora

Através do rio, Nazaré se comunica com as outras localidades, os barcos trazem notícias, cartas, visitas, mercadorias aguardadas ansiosamente. Quando atracam sempre são recebidos pelas crianças, que tratam de sair nas casas avisando a todos a chegada do “Deus é Amor”, “Comandante Ribeiro II”, e outras embarcações, todas com nomes e tripulação, bem conhecidas de todos.

Um detalhe que me chamou a atenção foi a referência à pesca como parte do lazer na água, não como trabalho para sustento. Conhecendo a vida das ribeirinhas entendi que a pesca que praticam é aquela para consumo imediato. Alguns homens é que praticam a pesca em maior quantidade, saem de madrugada para lagos mais distantes e voltam com caixas de isopor cheias de peixes. Congelam e vendem aos barqueiros, vizinhos e reservam uma parte para a família.

As ribeirinhas trazem para todos nós, educadores, uma riqueza de informações, um mergulho num mundo imaginário nunca sonhado. A água que as cerca, nos lagos, nos igarapés, no rio, tem um significado muito maior do que aquele que a nossa cabeça de enfermeira consegue alcançar. Por isso, não bastava apenas ensiná-las a tratar a água e as doenças causadas por água não tratada. Era preciso despir-nos e mergulhar com elas naquelas águas.

Depois destes mergulhos com as mulheres, passamos a discutir algumas questões do cuidado com a água. Trouxemos desenhos de parasitas que se multiplicam em água não tratada. Houve relatos de crianças e adultos que morreram com “nó nas tripas” e “barriga d’água”. Então, falamos sobre estas doenças, ressaltando que na água vivem micróbios invisíveis a olho nu. Estes micróbios moram um tempo no corpo do caramujo, que fica pregado na margem do

igarapé e podem entrar no nosso corpo pela boca, pela pele e causar doenças, como a tão temida barriga d’água (esquistossomose). A pessoa doente faz cocô na beira do rio ou do igarapé, os micróbios do cocô vão para a água e começa tudo de novo.

Em relação ao “nó nas tripas” mostramos figuras de áscaris e conversamos sobre como as lombrigas crescem no intestino, como se pega e como se trata.

Falamos também da dengue e da febre amarela, mas as ribeirinhas, que em sua maioria têm televisão em casa, já conheciam medidas de precaução e outras informações sobre estas doenças. Muitas famílias têm o hábito de usar mosquiteiros nas redes e nas camas, também para se protegerem da malária.

Em seguida, fizemos uma lista do que se pode fazer para cuidar da água, a partir das contribuições das ribeirinhas:

utilizar o hipoclorito distribuído no posto de saúde em toda a água que entrar em casa;

ferver a água, quando não tiver hipoclorito. Para melhorar o gosto, coar usando um paninho limpo e passado a ferro;

levar todos da família ao posto para fazer exames de fezes, urina e sangue para saber quem está com vermes;

ensinar as crianças a não urinar nem fazer cocô na água, nem na margem do rio ou do igarapé;

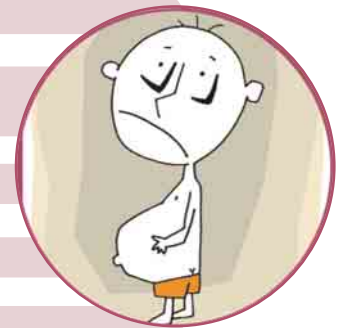
ensinar os vizinhos a não jogar restos de comida nem lixo na água;

não tratar peixe e deixar os restos apodrecerem a céu aberto, na beira da água;

limpar as margens do igarapé e do rio;

não deixar restos de sabão de lavar roupa na água;

pendurar sacos de lixo em alguns lugares da vila para que as pessoas usem.



Pelo que podemos perceber, são providências ligadas a um trabalho educativo. Indicam que as mulheres reconhecem a responsabilidade da comunidade no que diz respeito à preservação da quali-

dade da água de que se servem no dia-a-dia.

Em relação à água-contato com o mundo lá fora, as ribeirinhas colocaram a importância de um cuidado maior por parte da Prefeitura de Porto Velho:

construir um porto onde os barcos possam atracar de maneira mais organizada e limpa;

fiscalização dos barcos que vêm com turistas de outras localidades para pescar;

construção de uma rede de esgoto em Nazaré, para escoar a água das chuvas, das privadas recém-construídas, garantir água encanada para todas as casas, facilitando o tratamento da água pelas famílias;

mandar homens com borrifadores de inseticidas periodicamente;

instalação de um telefone comunitário;

mandar professores para garantir o ensino fundamental e médio;

mandar a equipe do PSF mais frequentemente à comunidade.

As mulheres sabem o que Nazaré precisa, e a quem cabe reivindicar. Diante destas listas, o trabalho educativo segue orientado por duas diretrizes: o despertar de mais moradores para a necessidade de modificar alguns hábitos, contando com a participação das crianças por meio do teatrinho de fantoches (mas esta é outra história que outras colegas do Beradão podem contar).

As reivindicações foram apresentadas à Associação de Moradores e Amigos de Nazaré, a fim de serem encaminhadas à prefeitura municipal. A saúde em Nazaré faz parte de uma intrínca rede de elementos objetivos e subjetivos, por isso é preciso ter paciência e procurar construir coletivamente as estratégias e soluções. As mulheres de Nazaré reclamam por coisas essenciais: escola para as crianças, assistência à saúde permanente, saneamento básico, direito a se comunicar com o mundo lá fora.

Convivendo com elas, entendi que não querem soluções alternativas, querem os bens e serviços que as pessoas das cidades têm.

Querem ser iguais, querem ser incluídas na sociedade. Um dia ouvimos um relato de uma de nossas colegas, sobre o desejo de alguns ribeirinhos de preferir galinha de gelo (frango de granja) à galinha caipira. É que já conhecem o gosto e desejam o novo. Galinha de gelo, carne de boi, frutas do Sul. Assim, entendemos porque muitas vezes vimos frutas se estragando no chão ou no pé. Não dá para julgar se estão certas ou não.

Muitas vezes, bem intencionados, propomos saídas para alguns problemas e ficamos chocados quando não há adesão a nossas “maravilhosas idéias”, como fazer compotas e congelar polpas de frutas, fazer outros pratos com a galinha caipira. Talvez seja necessário entendermos que, mesmo parecendo óbvio que o uso dos recursos naturais à mão é uma saída importante para inclusão dos ribeirinhos, às vezes, essas idéias precisam ser trabalhadas lenta e continuamente, para que eles não vejam estas saídas como um reforço da inferiorização que vivenciam, contra a qual se revoltam.

Muitas vezes, em reuniões com visitantes de fora, políticos ou candidatos, em vez de derubar as barreiras de acesso a bens e serviços essenciais, os discursos invariavelmente elogiam o rio, o igarapé, exaltam a vida ribeirinha pelo contato direto com a natureza, as maravilhas deste viver em paz, longe da violência das grandes cidades. Que poderiam utilizar melhor o que têm, ao invés de desperdiçar (Lembra aquela história de que o Brasil é abençoado, não temos terremotos, vulcões...) e assim, fica parecendo que a população deveria agradecer por tudo o que tem e se resignar com a falta de esgoto, telefone, fumacê, médico e enfermeiro atendendo todos os dias no posto...

São discursos ditos e não ditos (e malditos!) de quem ignora que é muito complicado conseguir vender a produção, porque os barqueiros (que ou são os compradores ou se tornam os atravessadores) pagam o preço que querem, restando ao produtor aceitar ou perder a produção. Os ribeirinhos utilizam remédios caseiros, mas não vêem motivos para se orgulhar disso, são estratégias de sobrevivência repassadas de geração em geração. Qualquer iniciativa nossa, de ensinar mais remédios e terapias alternativas parece confirmar que são cidadãos de segunda categoria, cabendo-lhes contentar-se com o peixe com farinha, melancia e outras frutas que para

eles já perderam o status de especiais, a se auto diagnosticar, tratar com plantas e remédios medicinais, enquanto vêem na televisão propagandas de supermercados, shoppings, consultórios e clínicas de alto padrão e carrões. Querem galinha de gelo, bife de boi e remédio de farmácia. Ah, e querem telefone também.

É claro que existe também a alternativa de ir a Porto Velho, usufruir de algumas dessas benesses, mas é uma saída que os obriga a gastar dinheiro, se hospedando em casas alheias, o que não pode ser por muito tempo.

Nosso trabalho em Nazaré não terminou. Há muito por fazer, sobretudo continuar mergulhando na complexidade das questões referentes à saúde dessa comunidade, de maneira lenta e gradativa, sempre tendo à mão livros e escritos de estudiosos da saúde coletiva, educação popular, ecologia humana e enfermagem. Nosso principal aliado, contudo, tem sido o respeito. Só ele nos fornece um par de óculos que nos permite sair da miopia técnica-acadêmica e enxergar as profundas dimensões da vida ribeirinha.

Wilma Suely Batista Pereira Enfermeira, Docente da Faculdade São Lucas e da Universidade Federal de Rondônia
E-mail: wilsue@uol.com.br

REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, E. F. G. Aspectos do cotidiano nas comunidades ribeirinhas. In: SILVA, J. C. et al. *Nos banheiros do rio: ação interdisciplinar em busca da sustentabilidade em comunidades ribei-*

rinhas da Amazônia. Porto Velho: EDUFRO, 2002.

LIMA, N. M. M. ; SOUZA, M. P. A concepção do trabalho ribeirinho: visão da

comunidade de "Nazaré da Farinha". In: SILVA, J. C. et al. *Nos banheiros do rio: ação interdisciplinar em busca da sustentabilidade em comunidades ribeirinhas da Amazônia*. Porto Velho: EDUFRO, 2002.

Educação emancipatória, o processo de constituição de sujeitos operativos: alguns conceitos¹

Eliane Santos Souza

Ilustração: Lin

Uma reflexão sobre as representações internas dos nossos afetos e como elas se atualizam, na nossa trajetória, tanto mais quanto mais nos expomos a novas interações e vivências.

Ao começarmos nossa conversa, será proveitoso ressaltar que a educação a que estamos nos referindo aqui é sempre um trabalho. Trabalho entendido como a ação especificamente humana, essa capacidade de criar idealmente, isto é, de planejar, sonhar..., antes de realizar a transformação da natureza em objeto cultural concreto ou mesmo de transformar a própria cultura, resignificando-a. Trabalho, portanto criativo, que nos produz como humanos, seres da cultura, ao ser por nós produzido.²

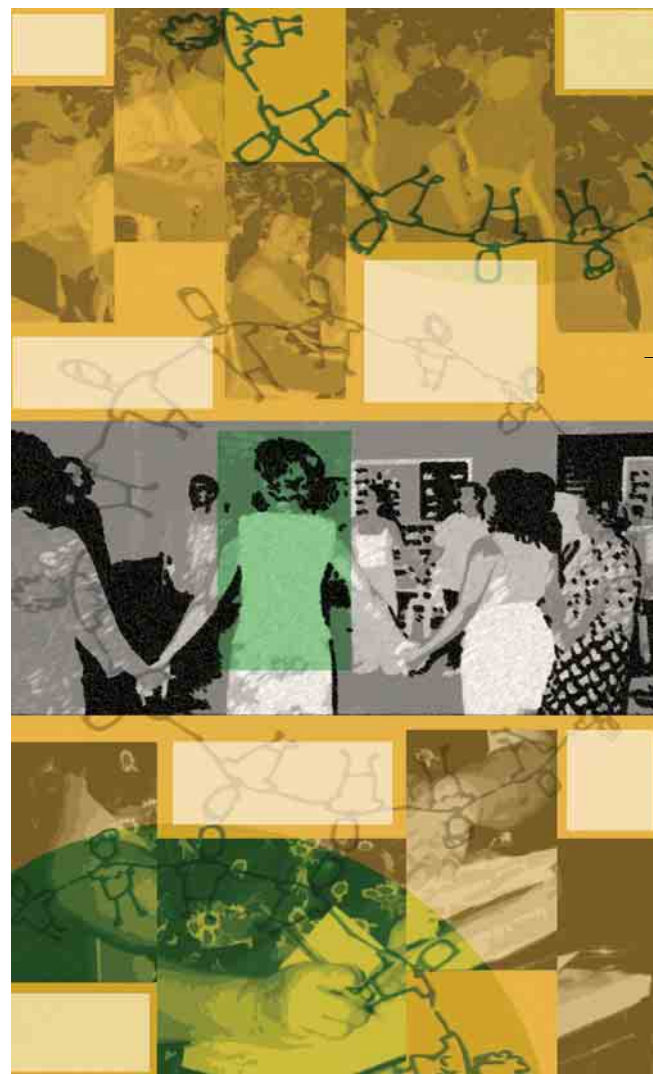
Falamos do trabalho não alienado, *ópera* - chamemos assim -, realizada por sujeitos que, nesse ato, se percebem tutelados e iniciam seu caminho consciente à emancipação intelectual.

Falemos um pouco de sujeitos. Mas o que é mesmo um

sujeito? Vale lembrar que o senso comum nos traz algumas acepções pejorativas: esse sujeito, que sujeitinho, a sujeita. Vamos resignificá-las.

Tomemos alguns minutos para pensarmos no nosso próprio nome. Isso mesmo, pensarmos no nome próprio de cada um, de cada uma. O que sabemos desse nome, como chegamos a receber esse nome, conhecemos a história da escolha do nosso nome?

Num breve passeio por tais lembranças, nos percebemos imersos no mar da história sócio-cultural. Estamos pensando vínculos. Todas as determinações da cultura na sua dimensão cotidiana, religiosa, os desejos, os encantamentos, os medos, os sonhos, as dores, as esperanças, de nossos



¹ Tema abordado no I Encontro de Educação Popular em Saúde, promovido pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia. Salvador, julho de 2003.

² Gramsci, ao afirmar que todos somos intelectuais, tem nesta concepção de trabalho humano (práxis) sua premissa.

pais, tios, avós, vizinhos, amigos, todos aqueles que nos acolheram na cultura, marcas de um tempo, tradições regionais, contemporâneas ou mesmo milenares... múltiplas determinações. Daria até para reconstituirmos um bom pedaço de uma época, não é? Músicas, lugares, personagens, crenças, devoções, artes plásticas, sétima arte... Sentidos sempre elaborados com engenhosidade. Essa vida privada que carregamos conosco, ainda que o espaço tradicional do trabalho moderno tenha insistido em querer desconhecê-la.

Isso nos remete aos vínculos sociais – relações humanas produtoras de sentido – base dos processos de comunicação e de aprendizagem, já que nos constituímos em sujeitos na interação com o outro.

Autonomia

Pois é, nós já chegamos nomeados, esse ser de necessidades é que nos interessa agora. Bem, para nossa finalidade, pensemos esse ser que, da sujeição à necessidade, se lança à ação na busca da gratificação que vem do outro; no movimento (dialético) necessidade/satisfação constrói seu caminho e nele se percebe descolado, diferenciado do outro. Esse é o caminho da construção do agente, ator, protagonista, autor, enfim, do sujeito relativamente autônomo, pois se sabe interdependente do outro.

Em síntese, chegamos ao mundo famintos e somos assujeitados pela cultura que nos recebe e, na busca da satisfação das nossas necessidades, vamos reconhecendo no outro a nossa distinção e nos apropriando desses elementos ideológicos que nos acolhem, mas também nos repelem, enquanto que, ao deles nos apropriarmos, os vamos transformando, recriando a cultura e produzindo, em constante tensão, nossa autonomia, que será, portanto, sempre relativa.

São nossos vínculos primários que irão configurar o nosso primeiro auditório interno, matriz facilitadora, ou não, das interlocuções

necessárias para significarmos o mundo. Contudo, as representações internas desses afetos se atualizam, na nossa trajetória, tanto mais quanto mais nos expusermos a novas interações. Para nossa sorte, os vínculos primários, ainda que determinantes, podem ser resignificados com o trabalho do sujeito, o trabalho educativo.

Mediação, amorosidade, construção coletiva

Esse campo de interações a partir do grupo da nossa primeira infância nos será útil, aqui, para apreendermos a concepção de educação tal como expressa na síntese de Paulo Freire: *“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”*.

É o mundo (possibilidade e ameaça à nossa existência) o mediador de todo nosso aprendizado. Mundo que nos desafia e nos faz produzir nossa existência, compartilhando os próprios processos de re-criação (educação). Vimos que os sujeitos só se constituem em interação, isto é, em grupos. Então, trabalheemos, também, nossa concepção de grupo.

A última vez que tivemos de nos reunir a pessoas, de fora ou do nosso grupo familiar, para desenvolver um trabalho específico, como foi?

O que era mesmo que tínhamos de fazer? O grupo todo entendeu logo o que se esperava dele? Você se sentia de fato em um grupo? Como as pessoas foram superando as dificuldades que encontravam para desenvolver a tarefa comum? Que outras tarefas foram surgindo no horizonte do grupo?

Pensar essas questões nos remete à concepção de grupo operativo, proposta por Pichon-Rivière:

“Um conjunto de pessoas ligadas no tempo e no espaço, articuladas por mútua representação interna, que se propõe, explícita e implicitamente, a uma tarefa que constitui a sua finalidade.”

Cooperação

Entre as modalidades de interação grupal, ressaltaremos aqui a cooperação, tomada no sentido piagetiano de deslocamentos ao lugar do outro (empatia, amorosidade), possibilidade exigente, que implica maturidade, já que demanda o desempenho de múltiplos papéis e funções. Tal flexibilização de papéis expressa nossa saúde mental e contribui para que enfrentemos a nossa necessária competitividade em direção à cooperatividade, quando, então, as lideranças serão emergentes e situacionais, como os demais papéis desempenhados pelos membros do grupo.

Processo de produção compartilhada do conhecimento

Esse processo é, por nós, entendido como a verdadeira comunicação, a produção e o compartilhamento de sentidos. É por em comunhão idéias, intenções, sentimentos, desejos, fantasias, sem medo da discordância, mas avisados que a competição, uma vez instalada, dificulta a comunicação (bom momento para entrar em cena um hábil mediador!). O processo de produção compartilhada do conhecimento ou leitura compartilhada do mundo é, portanto, necessariamente dialógico, conscientemente dialógico.

Assim o é, porque a língua humana não é apenas mais um código de transmissão de mensagens e sim o fenômeno cultural da interação verbal, constituidor de sujeitos, que, como vimos, são seres relativamente autônomos, que buscam no outro a sua satisfação e encontram nesses vínculos (e, portanto, sentidos) a comunhão (liberdade).

Elaboração do conhecimento

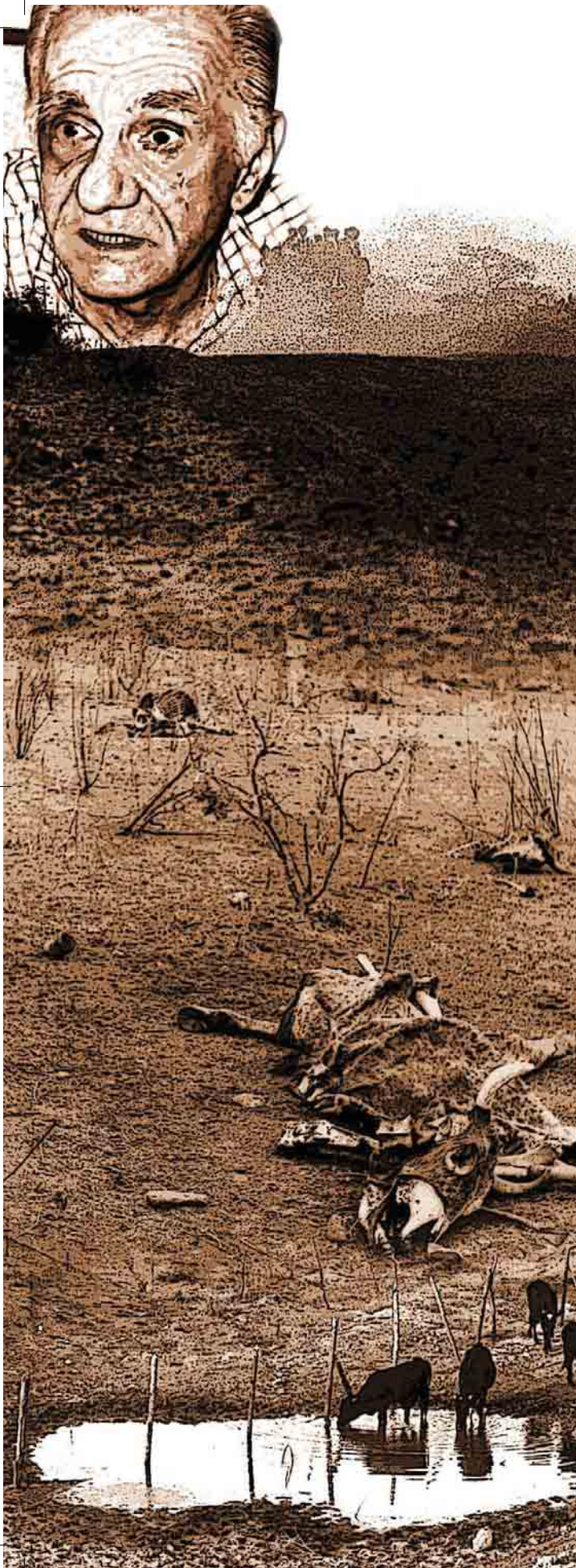
Como produzimos não só para a nossa sobrevivência (necessidade), mas sobretudo pelas leis da beleza, da criatividade, a produção social do conhecimento requer elaboração. Isso se dá através da progressiva problematização³, processo crítico, que mediante análises e sínteses, nos permite, partindo de uma realidade social comum, concretizar no nosso pensamento as mediações que efetivam o nosso fazer e as relações produtivas dessa realidade social. Realidade, resignificada, para a qual retornamos, também, renovados. Nesse processo nos é fundamental o diálogo com outros caminhantes que nos têm a dizer sobre o seu caminhar. Assim, finalizo nossa conversa, apresentando a vocês alguns interlocutores válidos, que poderão contribuir para a continuidade das nossas reflexões sobre esse tema. Bom trabalho!

Eliane Santos Souza Professora da Faculdade de Odontologia da UFBA.
E-mail: ess@ufba.br

REFERÊNCIAS

- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- GERALDI, J. W. *A linguagem nos processos sociais de constituição da subjetividade: questões para pensar a cidadania: a língua e o imaginário*. Campinas, SP: UNICAMP, 2000.
- KONDER, Leandro. *Os sofrimentos do homem burguês*. São Paulo: SENAC, 2000.
- PICHON RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- QUIROGA, A. *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon Rivièrè*. Buenos Aires: Cinco, 1985.
- SAVIANI, Dermeval. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. 6. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1997.
- VAZQUEZ, Adolfo Sanchez. *Filosofia da práxis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

³ Cf. Método da Economia Política, proposto por Karl Marx, tomado por inúmeros educadores como modelo do processo educativo Cf. Freire, Saviani, Magueréz.



Pensando alto...

Ana América Magalhães Avila Paz

Ilustração: Mascaro

*O retirante explica quem é e a que veio,
para entrar na roda e pensar junto saúde
na educação ou em educação em saúde.*

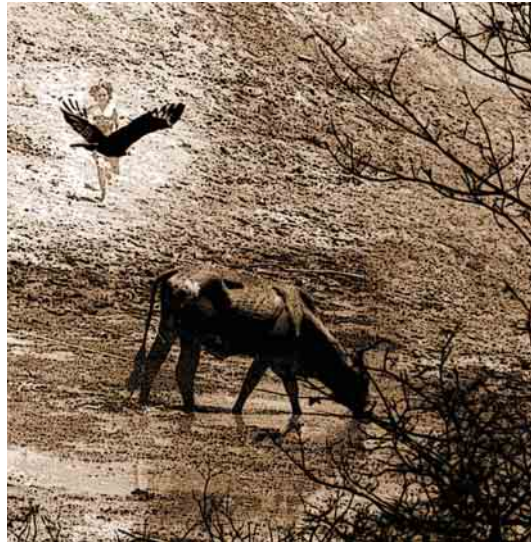
“...Somos muitos Severinos
iguais em tudo na vida:
na mesma cabeça grande
que a custo é que se equilibra,
no mesmo ventre crescido
sobre as mesmas pernas finas
e iguais também porque o sangue,
que usamos tem pouca tinta.
E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida)”.

Quando escrevo ‘pensar educação na saúde’, me dá vontade de pensar alto, sem muita preocupação com a forma acadêmica, pensar como quem está numa roda de conversa, ouvindo e sendo ouvido (lendo e sendo lido). O que me impulsionou a pensar ‘junto’ é a crença arraigada de

que se pode aprender sempre e cada vez mais. Essa crença na pessoa que aprende cresceu e criou raízes em mim, quando li Guimarães Rosa *in* Grande Sertão Veredas: “Mire, veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando, afinam ou desafinam. Verdade maior é o que a vida me ensinou”. Somos seres aprendentes, em permanente construção, desconstrução, reconstrução.

Somos criativos, múltiplos, imprevisíveis e complexos. Por isso é que aprendemos de diferentes formas, por distintas linguagens. Paulo Freire, em *Pedagogia da Autonomia*, confirmava esse acreditar na capacidade de aprender do outro: “Onde há vida, há inacabamento, só entre homens e mulheres é que este inacabamento se tornou consciente”.

Nesse sentido, a crença em quem aprende, e aprende de diferentes jeitos, com linguagens várias e assim traduz para si e para os outros diferentes visões de mundo, na minha compreensão é o que constitui a consciência de quem, tendo nascido e vivido num mundo (cultural, religioso ou não, com outras crenças e mitos) pode apro-



priar-se dos saberes de outros mundos e assim transitar entre eles, transformando a si mesmo e aos que com ele se relacionam.

Penso que essa é a essência do ofício do educador, quer seja na educação formal ou informal, quer seja na formação dos formadores de saúde. É nesse pensar de olhar para dentro de si que a gente precisa

fazer de vez em quando e sempre precisamos ver se nosso fazer ajuda a desabrochar, nas pessoas a quem ousamos ensinar, sua autonomia, sua condição de sujeito, se ajuda na percepção de que somos o fio, a teia, e quem a tece, já que o tecer do social é construção de todos e de cada um.

Se nosso pensar, traduzido em agir de educador, é aberto, inclusivo, quer seja na escola ou nos outros espaços de formação, no cotidiano dos serviços de saúde da atenção básica, se respeitam os sonhos das pessoas, suas lutas coletivas, sua maneira de entender e decodificar o mundo, seus aprendizados vários, seu imaginário cultural, suas crenças, mitos e costumes.

Na formação dos profissionais de saúde, ainda não temos a fala nem a escuta do respeito às diversidades culturais de gênero, de classe, de cor, de raça, de nacionalidade, de orientação ao desejo sexual. Na interlocução com os movimentos e práticas populares de saúde, ainda escutamos algumas práticas (benzedeiras, rezadeiras, raizeiros), com espanto e alguma desconfiança por desconhecimento da espiritualidade e das crenças que acompanham os ritos e os remédios de outras culturas.

Pensamos a saúde para o índio, sem os índios pensando junto. Além de generalizarmos, não atentando muito para a diversidade de etnias, pensamos a saúde dos silvícolas, esquecendo os “urbanícolas” (na fala de um representante indígena terena). Pensamos a saúde para as mulheres e, só de algumas décadas para cá, nós, mulheres, nos organizamos e fomos lutando para sermos ouvidas, para cuidarmos de nossa própria saúde e, ajudando umas às outras, fomos nos associando e formando redes de cuidados, de denúncias, de alertas nas grandes epidemias. Pensamos saúde para os assentados, ribeirinhos, grupos em luta por demarcação de terras, pessoas que moram nos lixões, desconhecendo de perto suas realidades. Pensamos a saúde para os quilombolas, desconhecendo as tradições de luta dessas comunidades. É que tem uma diferença enorme entre pensar saúde ‘para’ o povo e pensar saúde ‘com’ o povo.

Será que é porque pensar ‘junto’ dá medo, é arriscado? Em tempos de individualismo, se abrir para o outro é perigoso, nem que seja para pensar ‘junto’. Quando se pensa ‘junto’, nos arriscamos a ouvir o que não queremos, a desconstruir conceitos academicamente aprendidos, a revolver paradigmas de sentimentos.

Quando pensamos juntos, estamos vulneráveis, nos arriscamos a ser um igual, a ver no outro o espelho de nós mesmos, das nossas angústias, olhar de frente que os saberes de saúde que dominamos podem ser contestados, porque são diferentes dos outros saberes, mas não mais importantes ou menos importantes do que os saberes de saúde gerados pelo povo em suas andanças pela vida.

Sim, porque a vida ensina a toda hora, em casa, no serviço, nas ruas. Mas a escola, de tempo determinado, não ensina para a vida, não ensina ainda o diálogo, que dá sentido ao humano, nem ensina ainda a interlocução entre os diferentes coletivos.

A canção do Milton Nascimento e do Fernando Brant “Notícias do Brasil”, faz um lembrete: “Aqui vive um povo que merece mais respeito, sabe? E belo é o povo, como é belo todo amor. Aqui vive um povo que é mar e que é rio. E seu destino é um dia se juntar.”

Será que sabemos dialogar e, nesse dizer e ouvir, aprendemos na fala do povo sobre como entende e lida com o processo saúde-doença? E se já aprendemos a ouvir, é com respeito, com reconhecimento pelos seus aprendizados, pelas suas crenças? Compartilhamos na qualificação dos nossos agentes comunitários de saúde, na formação dos profissionais de nível técnico ou superior de saúde, essa inquietação que incorpora a crença do respeito à diversidade?

E na formação dos médicos, Hipócrates teria razões para sorrir? Ou chora ainda, lá do além, ao ver que alguns médicos falam a doença sem ouvir os sintomas, prescrevem o remédio sem olhar os olhos da alma que sofre? Ah, e têm uma enorme dificuldade de entender uma pessoa inteira, porque se especializaram em partes de pessoas! Coisas do tempo de agora? Dos avanços tecnológicos e científicos? Desaprendemos a inteireza, a idéia milenar de que todas as coisas estão interligadas? E se desaprendemos, podemos reaprender, somos aprendentes, ainda bem!

Será que, como educadores da saúde, já aprendemos a ouvir a fala do povo? Ou ainda precisamos aprender essa lição, que é lição que se aprende na interação com as pessoas, cada dia um pouco mais... Quando pensamos juntos, também somos fortes. Cada um assume o que foi construído no processo coletivo, se responsabiliza pelo fazer acordado, pactuado, negociado ou solidarizado. Como um feixe de gravetos diferentes, mas unidos, que não quebra fácil.

Ana América Magalhães Avila Paz Mestranda em Ciências da Saúde-UNB, especialista em Administração da Educação e Educação Ambiental. No campo da Educação popular, trabalha com arteterapia.
E-mail: anapaz@brturbo.com



Trocando do "era uma vez..." para o "eu conto"

Ana Guilhermina Reis Rosa

Ilustração: Mascaro

A autora oferece-nos uma provocativa reflexão sobre o uso dos contos literários e populares, possibilitando reflexões das histórias de vidas na Educação Popular em Saúde.

Era uma vez... estava eu conversando com alguns amigos da Rede Popular em Saúde e a mensagem que surgia na tela me fez lembrar uma ferramenta de trabalho: os contos.

Assim, eu "conto" porque... gosto muito de realizar reflexões do cotidiano, mediante contos e mitos.

Existem fundamentos teóricos sobre isso.

Os contos me remetem a dados históricos reais e cada vez me colocam mais na posição de aprendiz, acho isso fantástico. Em todo lugar que vou, sempre tem alguém para "contar" algo ilustrando o que ouviu falar ou que vivenciou.

Tanto os contos literários quanto os contos populares (confesso que minha preferência é por esse, justamente porque vêm do "popular"), possibilitam reflexões das histórias de vida.

Assim, contos e histórias de vida são bases e ferramentas de trabalho na Educação Popular em Saúde Mental. Por meio desta metodologia, é possível conhecer as concepções da população com quem trabalho. Em dinâmicas de grupo, o conto faz provocações com resultados enriquecedores individuais e coletivos. Sou assim, pedi licença aos amigos da Rede e fui tomada pelo desejo de contar algo.



Minha mensagem tem raízes nos contos... retrato aqui um conto que virou popular. Eis que deixou de ser um conto, passando para dois contos, três contos e, certamente, depois desta publicação, infinitos CONTOS. É um conto popular!

Tal conto foi lido e discutido com os alunos do Movimento de Alfabetização do hospital psiquiátrico onde eu desenvolvia atividades de Terapia Ocupacional, em Porto Alegre-RS. Dizem que havia um cego sentado na calçada, com um boné a seus pés e um pedaço de madeira que, escrito com giz, dizia:

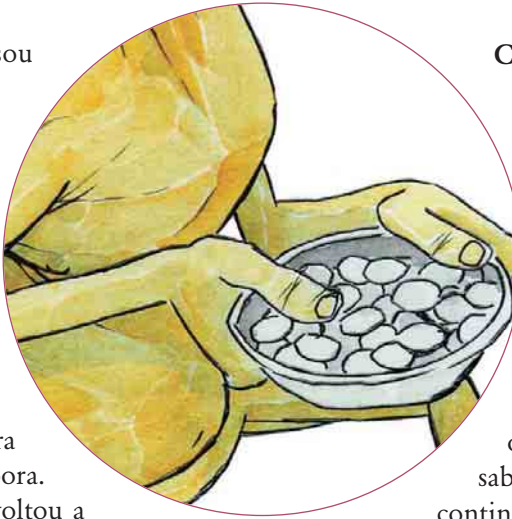
"Por favor, ajude-me, sou cego".

Um publicitário, criativo, que passava em frente a ele, parou e viu umas poucas moedas no boné. O publicitário pediu licença, pegou o cartaz, virou-o, pegou o giz e escreveu outro anúncio. Voltou a colocar o pedaço de madeira aos pés do cego e foi embora. Pela tarde, o publicitário voltou a passar em frente ao cego que pedia esmola. Agora, o seu boné estava cheio de notas e moedas. O cego reconheceu as pisadas e lhe perguntou se havia sido ele quem reescreveu seu cartaz, sobretudo querendo saber o que havia escrito ali. O publicitário respondeu:

"Nada que não esteja de acordo com o seu anúncio, mas com outras palavras". Despediu-se, sorriu e continuou seu caminho. O cego não soube, pelas palavras do publicitário, mas seu novo cartaz dizia: "Hoje é primavera em Paris, e eu não posso vê-la". Mudar a estratégia... pode trazer novas perspectivas.

"Aí, eu sou obrigada a 'contar' que fico fascinada com a contribuição da metodologia qualitativa da Educação Popular em Saúde Mental..." Com tranquilidade, transcrevo as reflexões, após lermos o conto juntos. A referência das falas em abreviaturas visa a preservar o sigilo das identidades, mas confesso que se pudesse eu revelaria esses autores, com os quais aprendi muito:

Me: "As vezes precisamos de ajuda e não sabemos como pedir. Aí, não recebemos a ajuda que precisávamos."



Cr: "Na próxima estação do ano, o cego vai ter que contar com a ajuda de outra pessoa. Se a pessoa não for criativa, já era."

F: "Não. Talvez o cego peça para alguém ler para ele o que o homem reescreveu e vai se dar conta."

Me: "As vezes, mesmo que alguém nos diga exatamente o que temos que fazer, não sabemos fazer a coisa certa e continuamos errando."

Al: "O cara ainda é cego..., mas tem muita gente que consegue ver e não enxerga. Tem boca, mas não sabe falar. Tem ouvidos e não escuta. Tem pessoas, que não adianta nada. Tem outras que sabem aproveitar."

J: "O criativo foi criativo para escrever, mas o que custava ele dizer para o cego o que ele reescreveu. Recuar, às vezes, pode ser estratégico. Virar as costas para quem precisa, será que é estratégico? Sei lá!"

É isso aí, este foi um "recorte" do que vivenciei. Certamente, ao ler o que aqui contei, você também lembrou de "contos e contos" que fazem parte de sua história de vida, não é mesmo? Conte algo para alguém. Sempre tem alguém que quer ouvir, ou que deseja contar... Ah! Era uma vez... outra hora eu "conto."

Ana Guilhermina Reis Rosa Terapeuta Ocupacional, participante do Grupo da Rede de Educação Popular e Saúde e Mestre em Saúde Coletiva na Universidade Luterana do Brasil, Canoas/RS.
E-mail: anaguilher@yahoo.com.br

Você tem sede de quê?

Cenas do viver, adoecer morrer, transcender numa favela brasileira

Iracema de Almeida Benevides

Ilustração: Lin

Adaptação do texto "Pelos caminhos do coração", sétimo capítulo do livro "A saúde nas palavras e nos gestos - reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde".

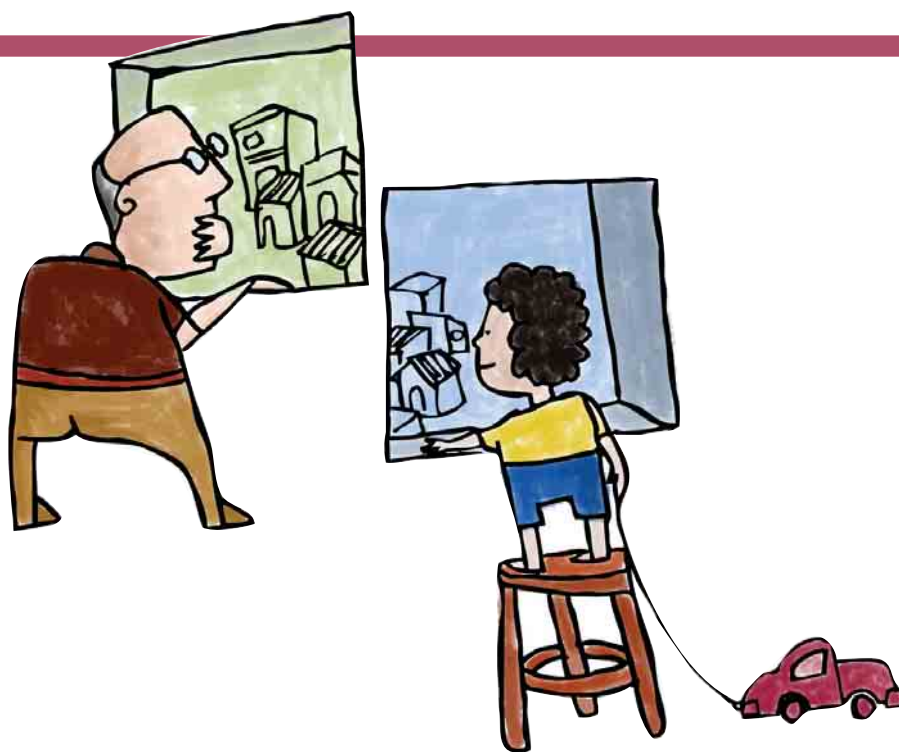
PREFÁCIO

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

(música do grupo Titãs)

"Ainda que eu falasse a língua dos homens,
que falasse a língua dos anjos,
sem amor, eu nada seria."

(adaptação de Renato Russo sobre
a carta do apóstolo Paulo aos Coríntios, Bíblia
Sagrada)



POESIA/FRAGMENTOS POÉTICOS

Parte I - O viver

Poética do viver

Abre o campo, fecha a roda
deixa as meninas brincar
Elas são filhas da terra
Conhecidas do lugar

Botei minha cama na varanda
Esqueci do cobertor
Veio o vento lá de fora
E encheu a cama de flor

"Onde está o que procuro?
A vida é tão curta
Por que estou assim?
Não sei o que procuro
Meus anseios são tão grandes
Que não sei o que procuro

Procurar o quê?
Não sei responder!
Procurar a vida
A vida daqueles
Tirada por fatalidade
Ou daqueles que
Teriam que partir

Eu procuro a esperança
Dos que perderam
Procuro o amor de quem não tem
Procuro a fé, a esperança e a paz
Que ficam tão longe,
Que não consigo alcançar

Procuro no vento que voa
Para longe, no silêncio da noite
Uma resposta
Para tanto sofrimento
E tantas violências
Se Deus plantou o amor,
Por que não o cultivamos?"

(Maria das Dores Moura)

"Minha idade quase ninguém vai alcançar, que os tempo tão muito difícil. Enterrei minha dona dia sete de março. Chorei demais. Quase setenta anos juntos: nove filho, vinte neto e cinco bisneto. Era bom demais viver com ela. Era uma amiguinha que eu tinha, carinhosa. Tudo prá ela tava bom. Fiquei muito triste. Isso aí lá ia me derrubando. A tal de solidão." (Albertino)

Festa de aniversário

O feijão cozinhava lento sobre um fogão de barro que enfumaçava as paredes da cozinha. Alguns poucos mantimentos estavam guardados na estante, juntamente com panelas e utensílios de cozinha, em um canto: arroz, café, fubá, feijão, macarrão, açúcar, alguns limões e algumas cebolas e batatas. Havia uma ordem em tudo, embora fosse difícil compreendê-la, embora não fosse a ordem que queríamos ver. Sinval, muito magrinho, grisalho e simplório, sorria tímido para nós: a casa, agora, estava mesmo boa! Tanta gente! Éta coisa boa, sô! Ofereceu o braço, todo satisfeito, para que fosse medida a pressão arterial, arregaçando a manga da camisa larga, amarrotada e puída. Depois ofereceu café e água, mas ninguém da equipe aceitou. Aquilo pareceu constrangedor, mas a atenção foi desviada pela conversa longa e queixosa de Serafina, a irmã de Sinval, que queixava-se de tudo

em seu velho corpo. Sentia um conjunto interminável de dores, em diferentes lugares, de intensidades variadas. Havia dor de todo jeito, cada uma surgida em uma situação, que queria detalhar.

Sinval, aproxima-se novamente. Chega perto e pergunta se era possível aposentar-se. Indago-lhe quantos anos tem, qual a sua idade correta. Pensou, pensou e consultou a carteira de identidade, guardada no bolso da camisa. Inseguro, passou-a a mim, para que eu mesma lesse os dados.

- Sinval, você tem 67 anos. Você nasceu em 5 de junho de 1932, correto? Mas... Sinval, hoje, é cinco de junho! Hoje é seu aniversário... Parabéns!

Ele olhou sorridente para mim. Não disse nada. Então eu entendi. Estavam todos ali para festejar com Sinval seus anos bem sobrevividos, ainda que nós considerássemos os copos mal lavados.

Luciano, um artista

Luciano, o filho de Amparo, tem 18 anos e "não deu para a escola", expressão que popularmente é dita referindo-se a crianças com alguma deficiência intelectual. É alegre, comunicativo e comparece mensalmente com sua mãe ao "grupo da pressão", como acompanhante. "Não deu para escola", mas sabe fazer de tudo o resto. Está cadastrado no nosso serviço na pasta que recebe o nobre título, o rótulo de DME (Deficiências Mentais). Sigla que discrimina normais de anormais. Mas Luciano cozinha, desenha e canta. Ele canta alegre como um passarinho e adora louvar o Senhor. Depois do Senhor Deus, é ao Cruzeiro (time de futebol mineiro) que ele ama mais. E depois, ama sua mãe, seu pai, seu irmão e a Valéria, sua agente de saúde. Luciano entrou, recentemente, junto com sua mãe, para uma igreja pentecostal. A pastora lhes garantiu que não havia proibição por eles serem católicos apostólicos, batizados e devotos de Nossa Senhora da Conceição. O importante é louvar o Senhor. Levar uma vida direita. Fazer o bem. A igreja tem um grupo de jovens que se reúne os fins de semana para jogar futebol. Luciano é capitão do time. Capitão e também regente do coral da sua nova igreja. Sua mãe nos conta que aos domingos ele se ajoelha no chão com fervor e ora com toda a sua fé, com toda a força de suas palavras. Em sua oração ele pede por nós, seus amigos do posto. Especialmente Valéria.



Esmeralda e Miúda

Esmeralda vai morrer em breve. O câncer avança implacável. Da mama para o abdome, daí para o reto numa feia fístula. Emagrecida, caqueixiada, consumida. Mas os olhos vivos e brilhantes estão atentos ao mundo. Pode-se ver ali uma clara consciência de tudo, embora o corpo esteja se decompondo em vida.

Veio do interior para o tratamento, mas já chegou tarde. A filha, Bila, mora num barraco muito pequeno e precário, no meio de uma íngreme encosta, num beco escorregadio por esgoto e fezes (humanas, caninas, felinas e outras piores). É muito difícil descer, não temos onde apoiar as mãos carregadas de objetos. Os pés deslizam nos tijolos si-nuosos. Lugar perigoso. Marginais. Só com o "sinal livre" deles é que podemos descer. O pequeno portão de madeira remendada está fechado. Um cachorro pestilento late atrevido. As crianças estão sentadas no chão com roupas mínimas amarrotadas, sujas e cheirando a urina. Ao redor, suas fezes se misturam às fezes dos cães. Duas mulheres jovens estão a cozinhar e tosem com tanta fumaça, num fogão de lenha improvisado no chão. A amiga veio morar na casa, com a filha ado-

lescente, Miúda. Não se entende porque. O banheiro é uma caixa de madeira com um cano no alto, o chuveiro. Panos, papelões e plásticos forram as paredes. Comem mingaus suspeitos. No quarto único, para cinco adultos e três crianças, há uma cama de casal e um beliche. Esmeralda está deitada na cama de casal, moribunda. Numa pequena estante, os objetos pessoais e roupas de todos. Retratos dos familiares, recortes de revista com faces de artistas colados nas paredes, pequenos bibelôs, bichos de pelúcia fazem a decoração. Limpos e sujos. Tudo no chão, esparramado, o que não coube na estante. Em meio à sujeira, brilham os olhos de Esmeralda e a juventude de sua enfermeira dedicada, a Miúda. Miúda é cândida e suave. Passou a namorar o neto de Esmeralda e tomou-a como avó.



A rádio capeta

Bituca ouve vozes. Chama-me no canto e diz que a rádio Capeta fica enviando mensagens do mal a toda hora para sua cabeça. Fala-lhe no ouvido.

- É verdade, dotora! Uma caixa preta, escondida na casa do vizinho, é a antena que recebe as mensagens da rádio Capeta. O mal, dotora. O MAL! Acredita, dotora? Mas Jesus tem meu coração. Quanto mais alto a rádio fala, mais alto eu rezo. Eles querem me pegar, mas Jesus não deixa.

- Eu acredito, Bituca. Já lhe disse que acredito. Eu quero saber o que é que eu vou fazer com essa sua glicemia: 500!!!

- A insulina, dotora. É difícil no fim de semana. O posto tá fechado. Tem que ir lá embaixo, no centro. Eu manco desta perna (aponta a

coxa esquerda, já me contara o caso mais de trinta vezes), senhora sabe, já te contei. Quebrei ela há muuuuuito tempo, oh, faz mais de quinze anos. Foi ... (e inicia um outro caso). Eles botaram parafuso, mas ficou mais curta e agora dói. A senhora tem que passar os comprimidos de insulina pra eu tomar no fim de semana, que a mulher não consegue aplicar ne mim, não. Viu, dotora, os comprimidos de insulina resolve, adianta sim. Eu já usei deles, Dr. Juvenal passava. Não sei o que é agora que ela tá subindo tanto. Eu num como nada. Nada mesmo. Pergunta pra mulher. É um tiquinho só de comida. Eu num tô entendendo. É coisa do capeta. Eles fica falando no meu ouvido e a glicose sobe. Pois eu num era assim!

Zil (trecho de Maria rir de rachar os bicos)

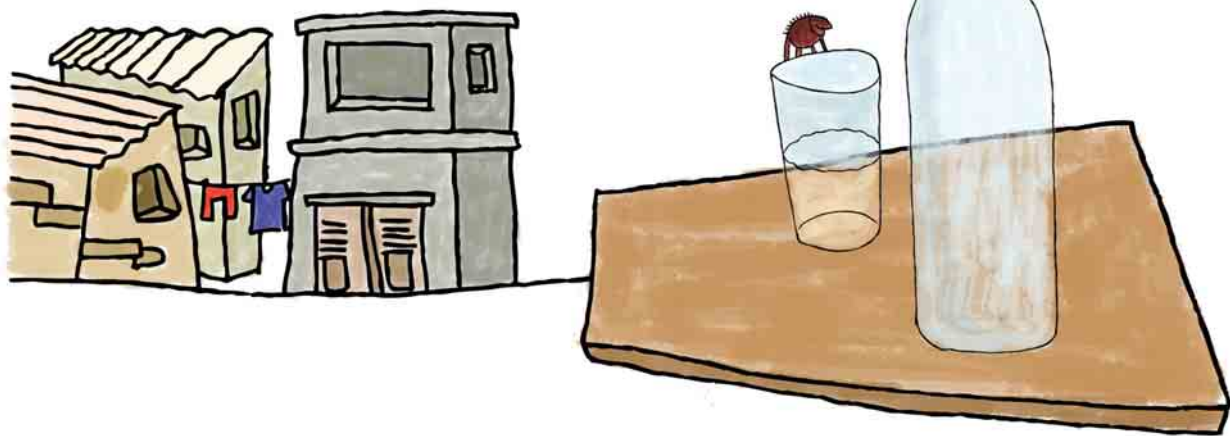
Maria Pequena chega em casa paraparética, membros inferiores encolhidos junto ao tronco, rígidos, com escaras sacrais e trocantéricas, de uma magreza assustadora e com enorme labilidade emocional. Gritava e chorava por qualquer coisa. Chorou muito e se agitou ao nos ver chegar, deitada em seu pequeno catre. A situação, olhada como um todo, ou nos detalhes, era (e é, ainda) extremamente dramática. Justo com emprego temporário, salário miserável, arriscado à demissão por falhas frequentes e alcoolismo. A equipe visita a casa temerosa. Na entrada está Zil, o filho de 17 anos "chapado". É nítido que está fumando um cigarro de maconha. Seu vício preferencial é por craque, me informa Etilene. São apenas dez horas da manhã. Ele acumula pilhas de processos por roubo, tráfico e outras coisas mais, segundo nos informa o pai. Diversas internações na Febem

seguidas por fugas. A polícia está sempre por lá capturando-o, e ele sempre fugindo e cometendo novos delitos. Vencemos o medo de encontrá-lo como porteiro e entramos. É uma casa de dois cômodos com apenas três camas para todos. A sujeira e a desorganização da casa são assustadoras. Entre roupas sujas e limpas emboladas por todos os lados, estão medicamentos, copos, alimentos preparados ou ainda em suas embalagens, sapatos, cobertores, talheres. Uma velha televisão está entre as duas camas no quarto do casal. Sobre ela, material de curativo usado ou novo, entre tubos de pomada e prendedores de cabelo, comprimidos, restos do café da manhã. Contrastando com todo o resto, na parede ao lado da cama estão coladas declarações de amor pelo dia das mães. Nós te amamos, mamãe. Sare logo! Maria pequena não pode lê-las, mas saber que estão ali a aquecem e estimulam.

O terrível ácaro

Clarinda recebeu uma receita enorme, extremamente bem escrita, contendo toda a medicação a ser usada e as medidas ambientais a serem seguidas. Uma lista meticulosa de tudo o que ela deveria tirar de casa. A sua criança, habitualmente atendida no PSF, havia precisado de atendimento no final de semana e o pediatra da urgência o fez. Por acaso, era um profissional especializado em asma, que entrava sempre em conflito com os médicos do PSF, por considerar nossa abordagem muito superficial. Desenhou um ácaro no alto da página e circulou-o para Clarinda entender melhor o bicho; e disse que aquele era o causador da chieira, terrível inimigo. No dia seguinte, Clarinda me espera contrariada na porta da unidade. Está extremamente preocupada com sua filha e desapontada comigo, porque nunca expliquei a ela que aquele bicho era o culpado. Além do mais, não podia tirar de casa tudo o que a outra doutora mandara afinal não tem aquelas coisas de tapete, cortina, bicho de pelúcia, etc. O sabão em pó também não tem jeito de trocar. Os gatos e cães são dos vizinhos, entram e saem do barraco quando querem, não há cerca ou portão sem buracos na favela. A família está entre as famí-

lias de risco que acompanho. Marido e esposa são alcoólatras e estão desempregados há meses. O esposo foi atendido recentemente com suspeita de hanseníase, em propedêutica para neurite do braço direito. Eles têm três crianças menores de cinco anos, em acompanhamento devido à desnutrição de terceiro grau persistente. Descobrimos que trocavam o leite distribuído pelo programa governamental de combate à desnutrição e a farinha enriquecida por cachaça e cigarros. Moram numa habitação precária de dois cômodos e puxam a luz de uma vizinha, um vulgo "gato", numa área das mais perigosas da favela, onde a agente comunitária recebe o sinal se pode entrar ou não para visitas... Clarinda, que já estava em uso de Triptanol e Diazepam, agora tem dificuldades para dormir. Não consegue parar de pensar no terrível ácaro que lhe infecta a casa e ameaça a saúde dos seus pequenos. Para esquecer, é melhor tomar uma dose.



Parte III - O morrer

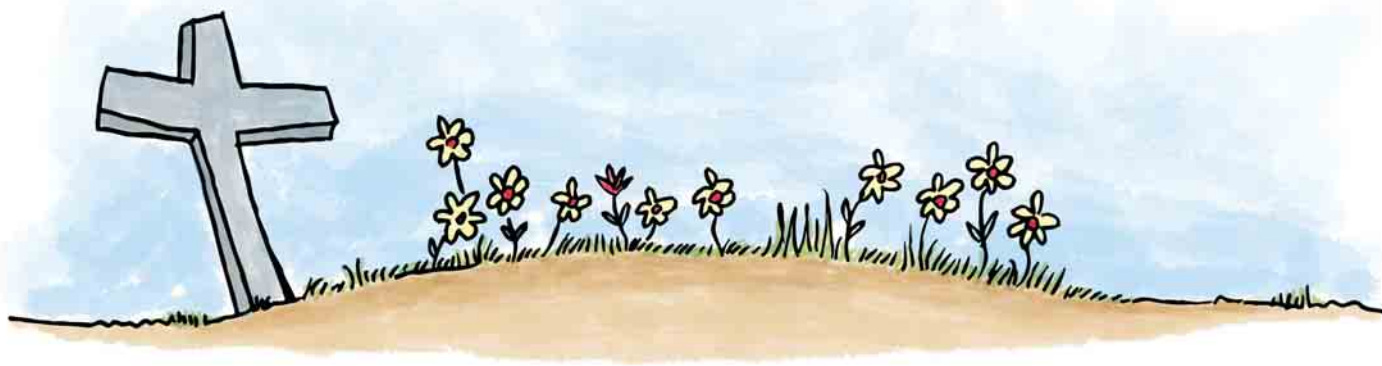
Gil entre crisântemos amarelos e brancos

Gilson está deitado sereno entre crisântemos amarelos e brancos. Há uma súbita perfeição na combinação das cores das flores que decoram o corpo no caixão e as cores do barraco: paredes impecavelmente brancas, portas e janelas amarelas. Luzia está arrumada e maquiada, e, apesar da singeleza, posta-se elegante e responsável ao lado do esposo morto. Está um pouco aérea, sorrindo. Feliz que tanta gente veio ao velório. Tudo aconteceu rápido demais. Lá fora nos becos, gente em pé encostada nos muros, ou agachados, conversando os assuntos de sempre dos velórios. No pequeno e único quarto da casa, as crianças pulam sobre a cama. O mais velho está lá fora ao lado do seu cão-

zinho, o Titã, que dorme dentro do forno de um fogão velho, que serve de casinha. Gil se foi. O pastor faz sua última preleção, as últimas palavras antes da terra macia. A seguir, o grupo carismático reza e canta. Ecumênico. Nós estamos lá e nos emocionamos. Impossível não se sentir torcida por dentro. Doída. Gil era mesmo bom. Mas o álcool foi mais forte. Depois veio a hipertensão maligna e, por final, os rins falharam. Como fora em vida, tranqüilo e silencioso, se vai. Um velho sujo, meio aleijado e malcuidado, entra na modesta sala e passa a mão pelo rosto do homem no caixão. Sua face se contorce. Sua expressão é de dor, de pena, de tristeza. Aquela face simboliza todos nós ali.

Força para morrer

- Sabe, dotora... É mais uma coisa bem simples, queria mesmo só fazer uma pergunta. O povo antigo diz que, quando alguém tá sem força até para morrer, que a gente dá leite de peito e a pessoa agüenta ir. Eu queria saber sua opinião: se eu der o leite de peito pro Geraldo e ele morrer, a senhora acha que eu tô matando ele?



Parte III - O transcender

Luciano, novamente

E Luciano canta alegre e extremamente afinado para nós, o hino evangélico :

"Quando fecho os olhos,
Sinto lágrima rolar,
Quando o Espírito Santo
vem me iluminar.
Quando começo a orar,
O fogo vem me queimar
É fogo para todo lado,

Sem ter hora de acabar.
É fogo santo, é fogo do altar
É fogo puro que está neste lugar.
Quando eu fecho os olhos,
Sinto lágrima rolar..
É fogo para todo lado,
Sem ter hora de acabar!

ALELUIA, ALELUIA, ALELUIA!!!

Geralda, uma benzedeira

Geralda mora em meu coração desde o primeiro momento em que a vi e eu nunca saberia dizer por quê. Mais adiante, nossa amizade cresceu. Bem devagarinho, é verdade. Mais por conta da discrição dela, que da minha vontade.

Levou muito tempo, mais de ano, para eu entrar em sua casa. Um barracão escuro, sujo, enfumado pelo fogão a lenha, pobremente mobiliado. Ela benzeu-me algumas vezes e disse-me que os ramos murchavam. Eu estava "muito carregada", como dizem as benzedeiças. Pedi-lhe que me ensinasse algumas benzeções. Ficou muito alegre com o meu interesse e esforçou-se para ensinar-me, minuciosamente, como os versos que têm que ser ditos, como os gestos que têm que ser feitos, a atitude interior de quem reza sobre alguém. Aprendi como curar espinhela caída, mau olhado, quebradeira e mal atravessado. Nenhum dos membros da sua numerosa família havia se interessado pelo ofício do qual se orgulhava Geralda. Modesta, disse-me que era muito procurada pela gente do lugar para dizer as rezas. Suas mãos eram boas. Aquele não era



um serviço remunerado, já que era um dom de Deus. Podia ser aprendido, mas dom é dom. Pode-se aprender, mas só quem tem o dom consegue fazê-lo. Aceitou tomar um anti-hipertensivo que sugeri, mas disse que não tinha tempo para ir ao posto. Gostava muito de mim e das agentes, mas tinha muito serviço da casa, muita obrigação, muito neto para cuidar. Iria tomar meu remédio, no entanto. Éramos colegas de ofício. Eu na minha medicina concreta, ela na sua medicina espiritual.

- Eu vou ensinar primeiro a benção de quebranto e mau olhado, viu? Depois vem a de espinhela caída, a de cobreiro e a de carne quebrada, tá?

E Geralda pega minha mão entre as delas e começa a ensinar...

O que faz Pedro

Sentar na pedra fria

Curando dor de cabeça,

quebranto e mau olhado

com três raminho verde

e água fria.

Ave Maria

Cheia de Graça

Bendito é o fruto do vosso ventre, Jesus. Em nome do Pai...

“Barquinha de Maria Virgem,

Embarca essa espinhela

Para ela chegar no lugar

Tá caída e não tá,

Com Deus Pai,

e Deus Filho

e Deus Espírito Santo

Três vezes

Pescoço, carne quebrada,

osso rangido,

nervo encoído,

veia arrebentada,

Pelo poder do Espírito Santo

e de Nossa Senhora Aparecida três vezes,

que sara

Uma parte de mim

É permanente

Outra parte

Se sabe de repente

(...)

Traduzir uma parte

na outra parte

- que é uma questão

de vida ou morte -

ou será arte?”

(trechos do poema Traduzir-se, de Ferreira Gullar)

Segundo Geralda, o cobreiro é mais complicado, pois ele tem rabo e cabeça, assim a gente tem que pegar uma faca ou outra ferramenta que corta e colocar em cima do cobreiro e dizer, à medida que corta o cobreiro fora: Meio, rabo, cabeça ...

Iracema de Almeida Benevides Médica com formação em Saúde da Família, Homeopatia e Medicina Antroposófica. Atualmente é assessora técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, do Ministério da Saúde.

E-mail: iavida@uol.com.br

Peripécias educativas na rua

Lia Haikal Frota

Ilustração: Samuca

A rua pode se transformar em um espaço educativo. Mas para que isso aconteça é preciso estar atenta às oportunidades que surgem em cada praça, em cada esquina... É preciso atitude educativa.

Há pouco vivi algo muito gostoso (se é que posso dizer isso de algo relacionado a crianças pedindo esmola, mas... posso sim). Estava eu passando pelo Largo do Machado e vi que uma menina estava do meu lado, me seguindo.

Depois olhei e vi outra, e outro, e outro. Aí comecei a rir e disse: “Então tá, vamos brincar de siga o mestre!”. Como eu já ando despudorada e ainda por cima estava voltando de uma oficina teatral, comecei a fazer coisas esquisitas e as crianças me imitando. Corria, parava, pulava, fazia barulhos estranhos, gestos mil, essas bizarrices. E as crianças riam, e imitavam, e imitavam. Depois cada uma foi o mestre, e foi maravilhoso imitá-las (apesar dos olhares do pipoqueiro, dos velhinhos, de todos).

Então, no final, nos demos um abraço e mil beijos e abraços recebi delas, com aquela energia boa de criança, pois, teimando com o cotidiano, continuam crianças. E saí de lá com o coração sorridente, e muito provavelmente elas fizeram muito mais por mim do que eu por elas. Mas, além disso, o que me faz ver esse encontro com alegria é que, naquele momento, estávamos juntos, éramos iguais (tenho medo de usar essa palavra, porque ela não é muito boa, mas enfim, depois desenvolvo isso melhor).

Lia Haikal Frota Acadêmica do décimo semestre do Curso de Medicina da UERJ e participante do projeto Alunos na Praça, formado por estudantes de medicina, enfermagem e psicologia da UERJ.

E-mail: haikal2003@yahoo.com.br



Outras Palavras



ymig
R
dog

Fragmentos poéticos, melodias, escritos...

Fontes nas quais todos e todas nós bebemos e continuaremos bebendo a cada momento novo do nosso aprendizado, das nossas descobertas. Fragmentos poéticos, melodias, escritos traçados com leveza e criatividade. Outras palavras, outras maneiras de dizer o que a teoria científica procura fundamentar, talvez um tanto distraídas e mais encantadoras. Apenas, outras palavras... Pág. 133

A Educação pela Pedra

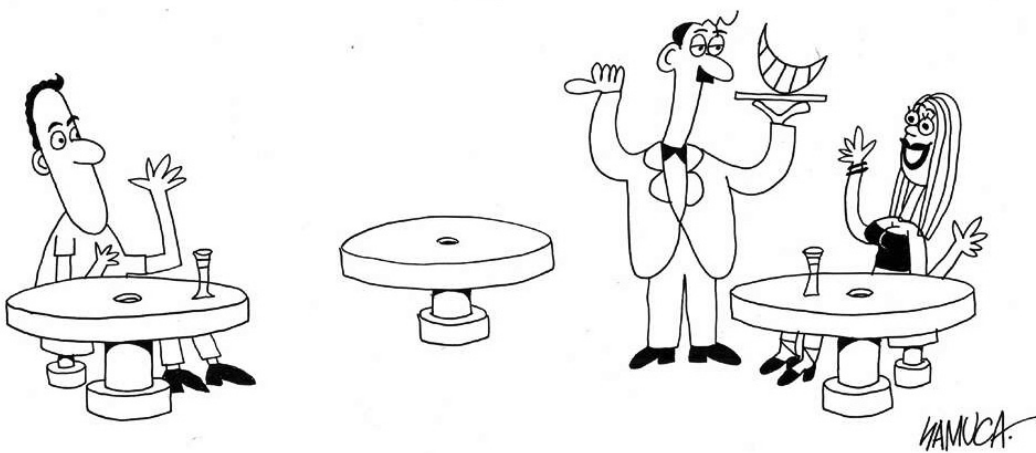
Uma educação pela pedra: por lições;
 Para aprender da pedra, freqüentá-la;
 Captar sua voz inenfática, impessoal
 (pela de dicção ela começa as aulas).
 A lição de moral, sua resistência fria
 Ao que flui e a fluir, a ser maleada;
 A de poética, sua carnadura concreta;
 A de economia, seu adensar-se compacta:
 Lições da pedra (de fora para dentro,
 Cartilha muda), para quem soletrá-la.
 Outra educação pela pedra: no Sertão
 (de dentro para fora, e pré-didática).
 No Sertão a pedra não sabe lecionar,
 E se lecionasse, não ensinaria nada;
 Lá não se aprende a pedra: lá a pedra,
 Uma pedra de nascença, entranha a alma.

● O título da coletânea **A Educação pela Pedra** (1966) indica a depuração atingida pela poética de João Cabral de Melo Neto. A abordagem da realidade exige um contínuo processo de educação: os poemas devem ser trabalhados de forma rigorosa e sistemática para obterem a consistência e a resistência de uma pedra. A coletânea reúne 48 poemas marcados pelo didatismo do poema "A Educação pela Pedra", seu núcleo temático.



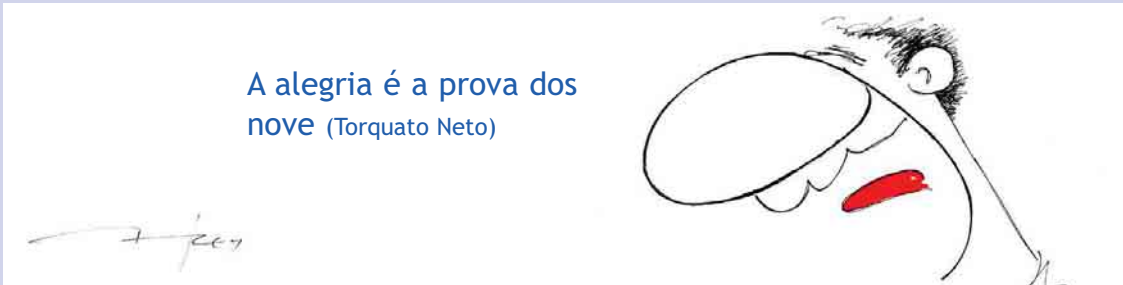
NASCAP

traspalavrasoutaspalavrasoutaspalavras



O sorriso é a distância mais curta entre duas pessoas (V. Borge)

Projeto



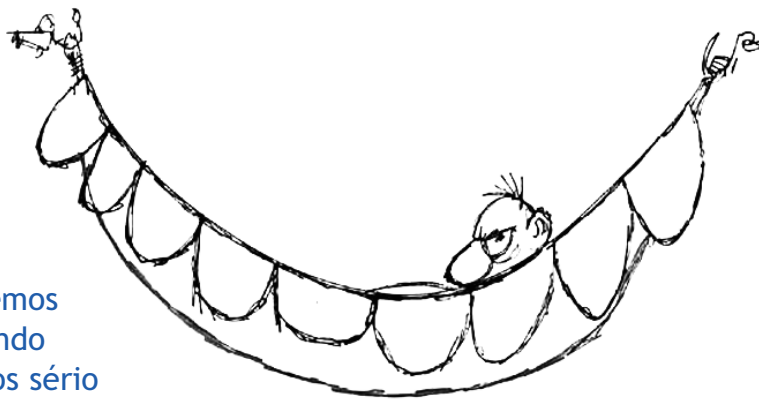
A alegria é a prova dos NOVE (Torquato Neto)

19.º Salão Internacional de Humor do Piauí - 2001

Sorrisos

traspalavrasoutaspalavrasoutaspalavras

Nós queremos que o mundo seja menos sério (S. Rajneesh)



GINCO 18.09.01 1

Eduardo Galeano

O menino não conhecia o mar. O pai levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - Me ajuda a olhar!

Eduardo Galeano, O Livro dos Abraços. SP, L&PM, 1991



Entre Sementes e Raízes



Receitas para a saúde

Este espaço estará reservado para a sabedoria popular, que se revela nas diferentes regiões do Brasil, assim como a todos os segmentos que com ela interagem, buscando fortalecer as práticas que se direcionam no sentido de proteger nossa biodiversidade, garantir o uso de medicamentos eficazes e acessíveis à população, denunciar a biopirataria e criar espaços alternativos e de intercâmbio da educação em saúde. Pág. 138

Entre sementes e raízes

Ilustração: Paulo Brasil

"Usando nossas plantas medicinais estamos protegendo nossa biodiversidade, para garantir medicamentos eficazes, seguros e baratos para nosso povo, e com isso evitamos a biopirataria."

Couve

Nome científico: *Brassica oleracea, L.*

Parte a ser usada: folhas e talos.

Composição química: sais minerais, vitaminas (A, B1 e B2), proteínas, cálcio, ferro, niacina, enxofre, fósforo, sódio, cloro, magnésio e zinco.

Propriedades terapêuticas: anti-escorbútico, vermífugo, anti-úlceras, antitussígeno, anti-reumático, anti-inflamatório, antidiarréico.

Toxidade: desconhecida.

Modo de usar/como preparar/dose: o cozimento das folhas é bom para surdez, e por ter alto conteúdo de fibras, combate a prisão de ventre.



Gastrite e/ou úlcera gastro-duodenal liquidificar uma folha grande de couve com meio copo d'água mineral e 1 colher de sopa de mel de abelha; tomar entre as refeições.

Nota: não usar folhas de procedência desconhecida, para evitar intoxicação por agrotóxico.

Fonte: Introdução ao Uso de Fitoterápicos nas Patologias de APS, Dr. Celerino Carriconde, publicação do Centro Nordestino de Medicina Popular.

Suco de hortaliças

2 folhas de alface, 1 folha de couve, ½ pepino

1 tomate médio, ½ pimentão vermelho

½ copo de água, suco de 1 limão

Lave bem as hortaliças, pique-as e bata tudo no liquidificador, junto com a água e o suco de limão. Sirva antes das refeições.

Fonte: Cartilha Segurança Alimentar do que precisamos para ter uma boa alimentação, Diana Mores, publicação do Centro Nordestino de Medicina Popular.



Quebra-pedra

Nome científico: *Phyllanthus amarus Schum. et Thorn.*

Parte a ser usada: a planta toda.

Composição química: flavonóides, tanino, alcalóides, cumarinas, lignanas.

Propriedades terapêuticas: antiespasmódica, relaxante muscular (parece ser específico para os ureteres), diurético leve, aumenta a eliminação de ácido úrico pela urina, antilitiásico renal (por facilitar a eliminação dos cálculos renais pequenos que são expelidos sem dor), comprovada atividade contra o vírus da hepatite B.

Toxicidade: usada na Polinésia como veneno para os peixes; no Brasil, usado pelas mulheres como abortivo. Não encontramos estudos sobre DL 50.

Modo de usar/como preparar/dose: usa-se a planta toda, triturada, na forma de cozimento, preparado com 30 a 40g da planta fresca ou 10 a 20g da planta seca em um litro de água, fervendo-se por dez minutos. A planta seca, triturada e peneirada pode ser guardada em frascos bem fechados por um período de três meses, para preparação diária do cozimento, na proporção de uma colher das de sopa em 200cc de água, para ser tomado duas vezes no mesmo dia.

Toma-se, em todos os casos, o cozimento na dose de duas a três xícaras ao dia, intercalando-se uma semana de repouso, após cada três semanas de tratamento.

Nota: só tome se tiver feito a ultra-sonografia que comprove que as pedras são pequenas, pois esta planta não quebra as pedras, só previne e dilata o ureter para as pedrinhas pequenas descerem.

No caso de hepatite B, o pó ou extrato da planta deve ser usado dentro de cápsulas especialmente preparadas para absorção entérica, pois princípios antivirais perdem o efeito no estômago.

Fonte: Introdução ao Uso de Fitoterápicos nas Patologias de APS, Dr. Celerino Carriconde, publicação do Centro Nordestino de Medicina Popular.



Bolo de casca de abacaxi

2 ovos

1 colher (sopa) de fermento em pó

2 xícaras (chá) de farinha de trigo

2 xícaras (chá) de caldo de casca de abacaxi

2 xícaras (chá) de açúcar.

Para obter o caldo de casca de abacaxi, retire as cascas de um abacaxi e afervente com 4 xícaras (chá) de água por cerca de 20 minutos e reserve. Bata as claras em neve, misture as gemas e continue batendo. Misture aos poucos o açúcar, a farinha de trigo, sem parar de mexer.

Acrescente o fermento e uma xícara de caldo de casca de abacaxi. Asse em forma untada e em forno moderado. Depois de assado, ainda quente, fure o bolo com um garfo e despeje o restante do caldo da casca de abacaxi com 1 colher de sopa de açúcar.

Fonte: Cartilha Segurança Alimentar do que precisamos para ter uma boa alimentação, Diana Mores, publicação do Centro Nordestino de Medicina Popular.

Sabão medicinal antiptiolho

(sabão cracrá para matar cricri)

Indicações: piolho, caspa, sarna, coceira no corpo, fortalecimento do couro cabeludo.

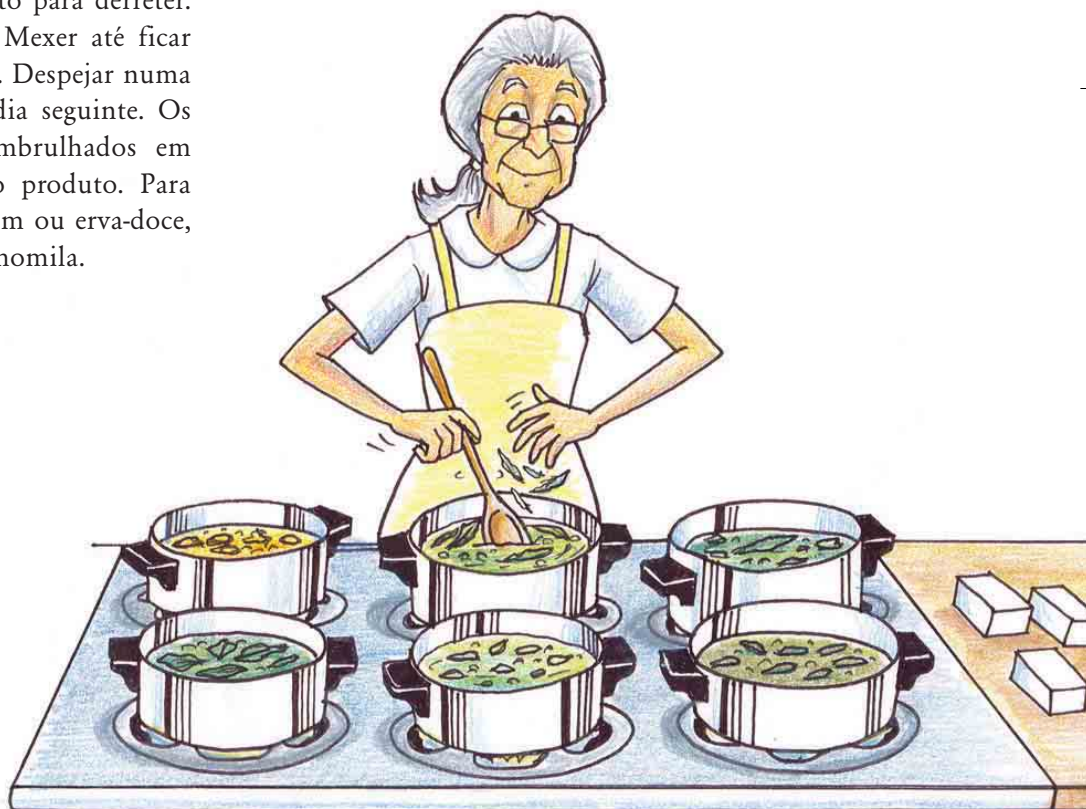
Ingredientes: ½ kg de folhas de cada uma das seguintes plantas arruda, babosa, carqueja, falso boldo, fumo, losna e 9 kg de sabão de coco.

Preparo: ferver cada planta, em separado, com 4 e ½ xícaras de água por 15 minutos. A carqueja deve ser desfolhada, nas demais plantas, usa-se toda a parte verde. Na ausência das folhas de fumo, usa-se 10cm de fumo de corda. Durante a fervura, deve-se amassar as folhas com uma colher de pau. Coar os chás e medir a quantidade de líquido. A quantidade de sabão de coco utilizada deve ser 3 vezes maior que a quantidade de líquido obtido. Ralar o sabão e levar ao fogo lento para derreter. Junta-se o chá mexendo sempre. Mexer até ficar com consistência de polenta mole. Despejar numa forma de alumínio e cortar no dia seguinte. Os pedaços de sabão devem ser embrulhados em papel encerado para conservar o produto. Para perfumar o sabão, adicione: alecrim ou erva-doce, ou erva-cidreira, ou cidró, ou camomila.

Modo de usar: ensaboar o couro cabeludo e outras partes afetadas, deixando no máximo por 5 minutos. Fazer a aplicação por três dias seguidos e repetir depois de 7 dias.

Fonte: Grupo da Terceira Idade "Alegria de Viver" US Jardim Itu/Grupo Hospitalar Conceição/Porto Alegre/RS.

Surita, R. e cols. Como montar uma farmácia caseira. Curso de Extensão da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). São Leopoldo: Sinodal, 1997.



Roda de conversa



Entrevista com Rodica Weitzman

Um bate-papo com Rodica Weitzman, assessora em Segurança Alimentar da REDE, que atua junto a comunidades da periferia de Belo Horizonte, por meio do Programa de Desenvolvimento Sócio-Ambiental de Comunidades Urbanas, revela-nos uma riqueza de iniciativas no campo da produção de alimentos em comunidades de baixa renda, associadas a todo um processo de organização dessas comunidades. Pág. 142

Uma rede em prol de comunidades rurais e urbanas auto-sustentáveis

Gerson Flávio da Silva

Fotos: Arquivo/REDE

Conversamos com Rodica Weitzman, assessora em Segurança Alimentar da REDE, onde atua no Programa de Desenvolvimento Sócio-Ambiental de Comunidades Urbanas.



A Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas (REDE), é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, criada em 1986. Tem como objetivo apoiar iniciativas locais inovadoras que contribuam para um desenvolvimento sustentável de comunidades rurais e urbanas. A REDE foi criada por lideranças comunitárias, técnicos, professores e agentes sociais, que lutam pela melhoria da qualidade de vida das populações excluídas no campo e na cidade. Priorizar intervenções junto a comunidades de agricultores familiares de Minas Gerais e comunidades urbanas da periferia de Belo Horizonte, articulando os problemas e soluções locais com questões globais, é uma das principais estratégias institucionais.

Conversamos com Rodica Weitzman, assessora em Segurança Alimentar da REDE, onde atua no Programa de Desenvolvimento Sócio-Ambiental de Comunidades Urbanas. Os principais temas trabalhados pela REDE são os seguintes: agricultura familiar e urbana, agroecologia, meio ambiente, relações de gênero, segurança alimentar e nutricional, plantas medicinais, reaproveitamento e reciclagem de lixo. "O grande eixo do nosso trabalho é a assessoria aos grupos populares, aos grupos comunitários; a formação de redes nas comunidades urbanas e rurais, ou seja, o fortalecimento da organização comunitária é a prioridade da REDE hoje. É a partir dessa organização, que a gente acredita ser possível transformar a realidade local e intervir nas políticas públicas", afirma a assessora.

CES - Você sabe como começou esse trabalho? Qual é a origem dele?

Rodica - No Estado de Minas Gerais, existia a necessidade de se fortalecer um movimento contra, esse contraponto à Revolução Verde, ao uso de agrotóxicos que era muito pesado nacionalmente. Começamos com essa preocupação por parte dos professores, estudantes, pesquisadores, sindicatos. Aí começou um movimento em torno da questão da ecologia, a construção de um movimento de plantações que não usassem adubos químicos, que pudessem não depender desses adubos e fazer uma produção saudável de alimentos.

A REDE, que é a entidade onde eu trabalho, teve um papel muito importante na articulação dessas experiências, na formação de Centros de Agricultura Alternativa no estado. Foram fundados vários centros de agricultura alternativa e foi formada a Rede PTA, uma rede entre várias entidades que trabalham com ecologia e, hoje, eles transformaram-se nessa referência, até nacionalmente, e num movimento muito forte em relação à ecologia.

Hoje, a REDE também tem investido muito na questão da segurança alimentar e nutricional, que é um tema fundamental. Como a gente pode consolidar essas ações? Por exemplo, uma feira de segurança alimentar, o Conselho Estadual de Segurança Alimentar, especialmente porque, na conjuntura política, a questão da fome, da insegurança

alimentar, é uma questão fundamental para os movimentos estarem se consolidando e lutando para que seja uma realidade diferente.

CES - Mas começou em que época?

Rodica - Desculpe, em 1986, por volta dessa época começou esse movimento. E, a partir de 1990, a REDE, que tinha se empenhado mais nas questões de articulação das experiências dentro do estado, começou a se preocupar com sua própria intervenção e em fazer intervenções locais, tanto na área rural como urbana. Na área urbana, começou uma experiência que se chama CEVAE, que são os Centros de Vivência Agroecológica. Foram criados cinco centros CEVAE em várias partes da cidade, em convênio com a prefeitura, aliás, com a Secretaria de Abastecimento e com a Secretaria de Meio Ambiente de Belo Horizonte. Foram experiências pilotos para tentar construir uma política pública diferente que pudesse pensar na conservação ambiental, na produção saudável dos alimentos.

Esse convênio com a Prefeitura durou pouco tempo, não teve como continuar por vários motivos, mas foi uma experiência muito inovadora de política pública que existia desde 1990. Tem dois anos que a gente rompeu esse convênio. Hoje, a REDE ainda continua com seu trabalho na área urbana, sem tanto apoio da prefeitura, mas a partir de parcerias locais.

CES - Como se dá a aproximação com a ANEPS?

Rodica - É um pouco recente. Foi a partir do Encontro Estadual sobre Práticas Naturais em saúde que a gente começou. A REDE estava envolvida na coordenação do encontro. Como já coloquei, a Rede de Intercâmbio tem um trabalho muito grande de aglutinar as iniciativas em relação à saúde popular. Muitas vezes, não é dado esse nome “saúde popular”, e sim “saúde coletiva”, mas a gente acredita





muito na formação de redes para fortalecer essa iniciativa.

A REDE já tinha uma caminhada. Temos, por exemplo, uma Rede de Plantas Medicinais do Cerrado, que são muitos grupos em todo o país, que trabalham com plantas medicinais do cerrado, formando uma rede, ou seja, a REDE já trabalha nessa linha com o mesmo objetivo da ANEPS. Quando a ANEPS se aproximou da Rede por estar se envolvendo nessa iniciativa, achamos que tinha tudo a ver com a nossa busca de fortalecer a organização. Foi muito interessante, porque a saúde, que é um eixo transversal, ou seja, todos os temas que a REDE trabalha tem a ver com a saúde, é um conceito muito amplo. Achamos que é muito estratégico a REDE investir numa articulação em torno da questão da saúde, ajuda a aglutinar iniciativas diversas que acontecem em várias partes e do país.

Nós acreditamos também que a melhor forma de influenciar a política pública é criando essas redes, que não sejam só a nível estadual, mas a nível nacional. O importante é ver a objetividade, trabalhar o que queremos enquanto rede, ou seja, não ficar apenas na questão da troca, que é fundamental, a sistematização dessas experiências, mas ir além disso. O que é que a gente vai fazer com essas experiências a partir do momento em que elas

forem sistematizadas? Essa é uma outra luta, pois a gente faz os movimentos sociais e não tem uma cultura de registro e sistematização. O primeiro passo é esse, até poder influenciar a política pública, pois a gente não influencia, se não tiver produto. Temos que investir nisso como um primeiro passo e a partir daí pensar nos caminhos para chegar até a política pública.

A REDE também já trabalhou em vários campos da ecologia, da questão ambiental. Nós achamos importante envolver outros ministérios nessa luta, outros movimentos, outros fóruns e conselhos, que não sejam apenas do campo da Saúde, ou seja, não limitar isso, porque para influenciar a política pública é importante atingir todos os ministérios. Eles são fragmentados, mas a gente trabalha com a transversalidade dos temas, então, temos que envolver as múltiplas instâncias de poder, para influenciá-las.

CES - Tem uma informação de que vocês trabalham com uma economia solidária, como é esse enfoque?

Rodica - Na realidade, a REDE está começando a investir mais forte na Economia Popular Solidária. Em Minas Gerais, tem uma articulação muito forte em torno da EPS, que é o Fórum Mundial de EPS, que, inclusive, esse ano realizou uma grande feira de produtos dos grupos que trabalham com isso e já está se consolidando. Mas, na REDE, enquanto organização não-governamental, embora sempre tenha sido uma preocupação, nunca de fato essa questão da EPS foi trabalhada, estamos começando agora.

Por que começou essa preocupação? Os grupos com os quais a gente trabalha precisam pensar na sua sustentabilidade, não podem depender da

Nós acreditamos também que a melhor forma de influenciar a política pública é criando essas redes, que não sejam só no nível estadual, mas no nível nacional.

ONG para que se sustentem. Claro que podemos elaborar projetos e captar recursos, mas isso não é algo permanente. Temos que pensar como esses grupos vão se sustentar, essa é uma discussão recente. Uma idéia que tem surgido é como que esses grupos podem trocar seus produtos e serviços entre si. Como criar uma rede local de troca de produtos e serviços? Esse ano a gente começou a pensar em feiras locais de troca, em estar efetivando isso mais entre os grupos e moradores das comunidades locais para que eles comecem a pensar isso em nível local.

As lideranças locais até já têm um certo conhecimento, mas precisam aprimorá-lo e aprofundá-lo.

Como aplicar aquele conhecimento, como repassá-lo, é a grande dificuldade.

Outra questão que temos trabalhado muito são os atendimentos públicos comunitários, ou seja, os serviços que esses grupos desempenham na comunidade. Por exemplo, um grupo que desempenha a limpeza do bairro, que é um serviço público, infelizmente não é visto assim. Muitos desses agentes de desenvolvimento local, que a REDE capacita, são quase iguais aos Agentes Comunitários de Saúde, estão fazendo um trabalho público de intervenção nas facções locais de fortalecimento da organização

comunitária. Portanto, eles deviam ser reconhecidos por isso, mas infelizmente o Estado não reconhece essa iniciativa. Estamos tentando trazer essa discussão para as políticas públicas, ver como é que esses agentes de desenvolvimento local podem ser reconhecidos como interventores públicos comunitários.

CES - Qual o enfoque metodológico do trabalho de vocês, no sentido de se caracterizar enquanto trabalho educativo?

Rodica – Hoje, a REDE trabalha com sessenta famílias em um projeto de formação em segurança alimentar e agricultura urbana. São trabalhadas duas

regiões da cidade e escolhemos locais que a gente considerava mais precários em nível de saúde ou onde já existiam iniciativas de organização. Esses locais são chamados de Núcleos de Desenvolvimento Local. Neles a gente escolheu dez famílias para serem trabalhadas e para fazerem um trabalho educativo. O alvo dessas ações é as famílias, mas para puxar as ações a gente pensou na consolidação de uma equipe de educadores e assessores comunitários. Aí está o grande foco do trabalho, em vez de os técnicos das entidades desempenharem essas ações, como acontecia antes, na própria REDE tinha um técnico local que fazia isso, passamos a considerar que a referência deve ser as lideranças locais. Eles são capacitados não só nos conteúdos (já possuem esses conteúdos por terem prática); trata-se de um trabalho de resgate do conhecimento que já acumularam ao longo dos anos, em relação à medicina caseira, às plantas medicinais, ao lixo, à agricultura. Mais que um mero resgate, é uma complementação do conhecimento científico. Portanto, essa capacitação é uma troca, mas também investimos na capacitação nas metodologias “alternativas”, participativas, porque os grupos comunitários não têm ainda um acúmulo nesse conteúdo. A grande dificuldade dos grupos comunitários é o como trabalhar, inclusive, a gente fez um diagnóstico numa comunidade local e viu que se pode ter grandes deficiências nesse aspecto.

As lideranças locais até já têm um certo conhecimento, mas precisam aprimorá-lo e aprofundá-lo. Como aplicar aquele conhecimento, como repassá-lo, é a grande dificuldade. E aí, a Rede tem investido muito em trabalhar conceitos básicos de educação popular com essas lideranças, para que consigam, sem a necessidade da presença do técnico local, elas mesmas estarem puxando as ações locais.

A gente trabalha principalmente com PMAS, ou seja, com Planejamento, Monitoramento, Avaliação e Sistematização. No planejamento, trabalhamos com várias metodologias participativas. No monitoramento, do mesmo jeito, a gente faz um plano de monitoramento participativo. Os indica-

dores de mudanças são colocados pela própria comunidade, pelas próprias lideranças e as famílias envolvidas. Quais são os indicadores de mudanças ao longo de um tempo nesse projeto? O que é que eles acham que vai mostrar as mudanças? Isso é muito importante, e outra coisa é diagnosticar a realidade local. Então, a partir desse planejamento se tem um diagnóstico participativo, através de metodologias participativas. A gente usa muitas coisas lúdicas, desenhos, caminhadas, identificação de plantas medicinais. Usamos uma dinâmica para desenhar os quintais das pessoas, o que tem dentro do quintal, como poderia utilizar esse espaço de plantação, ou seja, inúmeros tipos de dinâmicas e brincadeiras que ajudam a levantar informações e que envolvem a população local naquela metodologia. Fica um processo realmente participativo que envolve todo mundo. Esses são alguns exemplos de como a gente trabalha, mas o mais importante que eu quero destacar é que as próprias lideranças, a partir dessa capacitação que é feita, elas mesmas é que fazem as ações locais, que coordenam as oficinas, coordenam os diagnósticos, nós apenas damos uma assessoria a essas lideranças.

CES - Em relação aos resultados, que sinais no cotidiano das comunidades podem ser apontados como resultados do trabalho educativo? Você poderia citar alguns?

Rodica - Em primeiro lugar, o protagonismo dessas lideranças. Tem uma que ainda nem sabe ler e escrever, mas consegue ser uma grande referência, isso para ela foi a grande conquista do trabalho, sentir que mesmo com esse impedimento que existia, não significava que ela não tinha inteligência, que não tinha intuição suficiente para tocar um trabalho educativo. Esse sentimento de ser capaz é o grande resultado do trabalho. Isso também tem muito a ver com o fato de que a gente deu muito espaço para essas lideranças. É muito comum nesses projetos sociais a gente achar importante capacitá-las, mas

elas não são quem coordenam as ações locais, são ainda os técnicos profissionais que dão direção, e o nosso trabalho realmente mudou esse paradigma. A gente faz planejamento com todo mundo junto e nós somos assessores, isso é muito claro, os profissionais que têm uma formação acadêmica são assessores das lideranças. Isso ajudou muito a mudar o paradigma que é dominante na sociedade.

Outro destaque é o próprio resultado do trabalho com as famílias. São sessenta famílias que são trabalhadas nesse projeto de formação e vemos que essas famílias estão colhendo alimentos dos próprios quintais. Diminuiu a dependência do supermercado, a dependência dos alimentos industrializados. Elas têm conseguido ver o valor do próprio quintal, da própria produção, que é possível fazer na sua própria casa e consumir a partir do seu próprio quintal. Isso foi um grande resultado, e a produção dos remédios caseiros também. A gente tem em cada núcleo uma farmácia caseira consolidada. Nessas farmácias, há mais elementos dos remédios caseiros que são produzidos para essas famílias, elas se organizaram enquanto grupos. Outra grande conquista foi a diminuição do lixo, o reaproveitamento desse lixo na plantação para cercar os quintais. O uso de garrafas pet para os canteiros, por exemplo, é uma coisa muito interessante que aconteceu.

CES - Partindo para uma visão de futuro, o que você veria como limites e potencialidades desse programa?



Rodica - Essa questão de como influenciar a política pública é o nosso grande desafio hoje. A gente tem uma experiência local com sessenta famílias em duas regiões da periferia de Belo Horizonte, englobando uma equipe de assessores comunitários que são nove pessoas, ou seja, o projeto é muito micro, apenas consegue uma escala muito pequena. Para a política pública, a mentalidade é uma quantidade muito macro, portanto, como a gente pode transpor uma lógica de um projeto que é desenvolvido num nível micro para uma lógica macro? Quando o poder público entra em diálogo com as ONGs, com os grupos comunitários, a lógica é essa. Como vai ser? Qual é a receita? Como a gente vai fazer isso com uma população de sessenta mil pessoas? Essa é uma dificuldade para as ONGs, porque sabemos da qualidade das nossas experiências, ou seja, não nos preocupamos com a quantidade, mas com a qualidade da intervenção educativa. É muito difícil a gente pensar em transpor isso para uma escala maior, esse é um dos enormes desafios.

Outra coisa é como registrar e sistematizar essas experiências que a gente desenvolve, se não temos essa cultura. Hoje, a REDE investe muito nisso com os próprios educadores e assessores comunitários. Antes era uma coisa que os técnicos faziam e os próprios grupos começaram a falar que queriam saber os resultados dos trabalhos: “nós queremos saber se existiram esses resultados e poder mos-

trá-los”. A partir daí, a REDE investiu na capacitação das lideranças e nos registros de sistematização participativa. Eles que registram, que sistematizam os resultados da forma deles, de uma forma criativa. A gente acha que é um vínculo muito efetivo para alcançar a política pública, porque, quando você gera algum produto, é outra história, mas precisamos aprimorar isso.

CES - Vocês já estão trabalhando a visibilidade do projeto no processamento e editoração desse material?

Rodica - Exato, mas muitas vezes só pensamos na visibilidade, esquecendo as etapas anteriores, que são o registro e a sistematização. Por isso falei que o grande eixo do nosso trabalho é o sistema de PMAS. A ONG precisa ter isso claro, interligar uma coisa com outra, ou seja, não adianta só levantar as potencialidades e problemas, fazer um diagnóstico bem feito, tem que monitorar os resultados, os indicadores, tem que sistematizar esses resultados e divulgá-los, é um sistema de funcionamento. Hoje, a REDE enxerga assim, que são etapas interligadas e estamos tentando aprimorar esse sistema para que a divulgação seja bem feita.

Se não tem um processo eficiente de sistematização dos trabalhos, não se consegue divulgar nada com qualidade. Nosso grande desafio é divulgar,



mas mostrar a sutileza desse trabalho, a qualidade com que é feito. A gente sabe que é sutil, tem muito detalhe, tem muita coisa que tem que ser divulgada. Às vezes, quando você faz uma divulgação fica muito vazio, passa por cima dos detalhes. Esse é o grande desafio, como fazer justiça à subjetividade que é levantada nesse trabalho?

Finalmente, queria colocar a questão da sustentabilidade. A sustentabilidade é um grande desafio e, em relação a todos os trabalhos que realizamos, porque se a gente acredita na educação popular tem que acreditar no protagonismo dos atores locais, que eles têm que fazer o trabalho educativo. Os técnicos profissionais têm seu lugar importante, mas é de assessoria, quem tem que ser referência são as lideranças locais, porque queremos criar educadores populares que sejam produzidos nas próprias comunidades. Por isso, eles também têm que ser remunerados por esse trabalho, o que é outro grande desafio. A gente tem hoje, por exemplo, uma política de bolsas de aprendizado para os educadores e assessores, mas sofremos muito para elaborar projetos que justifiquem pagar essas bolsas e não podemos depender das agências de cooperação para isso. Quando um projeto está para acabar, fica aquela angústia, porque não é uma coisa constante. Por isso, insisto na questão do Estado, se a gente não entra junto com o Estado para pensar políticas de sustentabilidade desses projetos de desenvolvimento local, a gente não sai do lugar. O Estado tem programas belíssimos no papel, por exemplo, o Programa Saúde da Família. Por que os educadores populares que as ONGs estão formando não podem ser considerados como protagonistas nesses programas? E as metodologias que a gente usa, porque não são contempladas nos desenhos desses programas governamentais?

CES - Na sua avaliação, você acha que essa mudança de governo favorece a isso?

Rodica - Eu acho que favorece, mas claro que tem sido um pouco desanimador para todos nós, porque houve muita expectativa em torno do governo Lula

e vemos que muitos compromissos não foram cumpridos. Eu acho que é muito difícil governar, são muitos interesses em jogo, mas, vou dar um exemplo concreto, a questão da política de segurança alimentar que está muito ligada a ANEPS, tem que lembrar das articulações já existentes. A luta por segurança alimentar é uma luta muito forte nesse país e que está ligadíssima à questão da saúde, não podemos deixar de fazer essa articulação. Em Minas Gerais, pelo menos, essa luta é muito forte, existe o Fórum Mundial de Segurança Alimentar que é fortíssimo, composto pelos movimentos que trabalham com segurança alimentar em todo o estado. Mas aí chega o programa Fome Zero e não contempla, não considera as instâncias políticas que já estavam sendo construídas nos estados, simplesmente cria uma outra estrutura que é realmente uma sobreposição de ações. Não tinha que ter sido assim, poderia ter somado com o que já existia para se fortalecer.

Hoje, esse movimento popular em torno da segurança alimentar e nutricional está tentando dialogar com o Programa Alimentar, para que possamos conseguir fazer um trabalho conjunto, mais integrado, porém é muito difícil. Essa foi uma grande decepção para os movimentos populares, pois quando Lula colocou uma grande bandeira escrito “combate à fome, segurança alimentar”, a gente tinha a expectativa de qualificar mais ainda essas instâncias que já existiam, mas, pelo contrário, ele desvalorizou esses espaços e criou outros.

Estou dando um exemplo, mas existem outros onde aconteceu a mesma coisa. Já havia uma construção popular e em vez de somar com o que já existia, se cria outras instâncias, outros programas, sem considerá-las.

A luta por segurança alimentar é uma luta muito forte neste país e que está ligadíssima à questão da saúde, não podemos deixar de fazer essa articulação.

CES - Fale um pouco sobre você, sua formação, sua idade, você é casada, tem filhos?

Rodica - Eu sou socióloga. Minha formação é em Sociologia, mas me especializei na questão das relações sociais de gênero. Eu tenho 31 anos de idade, sou educadora popular. Na minha formação acadêmica, todos os meus trabalhos foram no campo da educação e muito próximos dos grupos de mulheres. Como eu falei, minha história é muito com o movimento feminista, com movimentos de mulheres, só hoje que eu estou trabalhando numa ONG mais ambientalista, como a Rede de Intercâmbio, e tentando trazer essa reflexão de gênero para dentro desse espaço misto, que antes não assumia muito essa discussão, que hoje estamos conseguindo fazer. E não sou casada e também não tenho filhos.

É, mas uma coisa que os movimentos sociais ainda não conseguiram aprofundar é essa questão religiosa. É tão forte na população.

CES - Você é americana? Está no Brasil desde quando?

Rodica - Sim. Estou no Brasil há seis anos. Eu trabalhava em outros países da América Latina antes de vir para cá, morei um tempo no México, em Honduras, na Colômbia. Eu trabalhava com um movimento internacional de mulheres que se chama Movimento do Graal, que significa "cale-se". É um movimento muito forte que existe em diversos países e a gente fazia essa

troca de experiências, indo para um outro país para aprender com aquela experiência e poder contribuir também. Quando eu vim para o Brasil, vim através desse movimento. O Graal trabalha muito os valores humanos, a questão da espiritualidade, é muito bonito.

CES - A sua motivação para esse trabalho seria uma motivação religiosa?

Rodica - Teria a base espiritual. Acho que essa questão de trabalhar com saúde tem muito a ver

com isso, buscar a valorização do sujeito e o que vem de dentro. Por isso, acho que o trabalho com educação popular e saúde tem esse contingente. Tem que se quebrar esse paradigma de que o outro é que sabe, essa questão do médico, do professor. No sistema educacional nutricional, a referência é sempre essas figuras e, nesse trabalho de educação popular a gente quebra essas referências, tenta construir educadores populares que sejam um coletivo, um grupo que pode educar através da troca de conhecimentos e práticas. Então, já quebra um pouco o paradigma dominante. A mesma coisa é com a saúde, acreditamos que as referências são quem praticam isso nas comunidades, que não sejam só os médicos que têm esse conhecimento.

Eu diria que essa é uma grande crença na valorização pessoal, na busca pessoal, na transformação pessoal e, a partir disso, dessa descoberta de que se é capaz de curar, que se é capaz de ser liderança, de puxar e coordenar alguma ação local, que se vai ampliando isso para o coletivo, para a sociedade. Esse que é o nosso trabalho, partir do indivíduo para outros grupos.

CES - Esse diálogo entre a educação popular e a saúde permite a gente mergulhar num poço tão bonito que é a própria religiosidade popular, onde existe um campo muito bonito, muito rico de coisas e possibilidades de encontrar pessoas maravilhosas em cada lugarzinho, às vezes, que você...

Rodica - É, mas uma coisa que os movimentos sociais ainda não conseguiram aprofundar é essa questão religiosa. É tão forte na população. Com o que é que a gente está competindo, enquanto movimento social? Estamos, por exemplo, mobilizando a população para uma reunião ou algum encontro e a grande concorrência nossa é a missa, é o culto que está acontecendo, ou seja, em vez de competir, a gente tem que aprender com as religiões para ter estratégias mais criativas de mobilização social. Se eles estão deixando de ir em algu-

ma reunião, algum encontro que a gente está organizando, é porque o culto e ou a missa é mais atrativa do que o que está sendo organizado. Tem alguma coisa muito atraente nas religiões, acho que é essa questão do carisma e do saber mobilizar o povo. Apesar de criticar muita coisa nas religiões evangélicas, elas têm uma coisa que trabalham muito bem, que é o corpo, essa questão da corporalidade, as pessoas realmente envolvem o corpo, mente e espírito naquele momento.

Na educação popular, a gente ainda busca isso, que tem a ver com a nossa metodologia, com o que a gente envolve não só através da mente, não só pensa “junto”, mas cria a partir das mãos, usa o corpo o tempo todo. Eu acho que nas metodologias tem que se integrar realmente, nesse sentido de usar todas as faculdades do ser humano. Portanto, trata-se de uma outra coisa que nós temos que aprofundar.

CES - A REDE trabalha também as relações sociais de gênero?

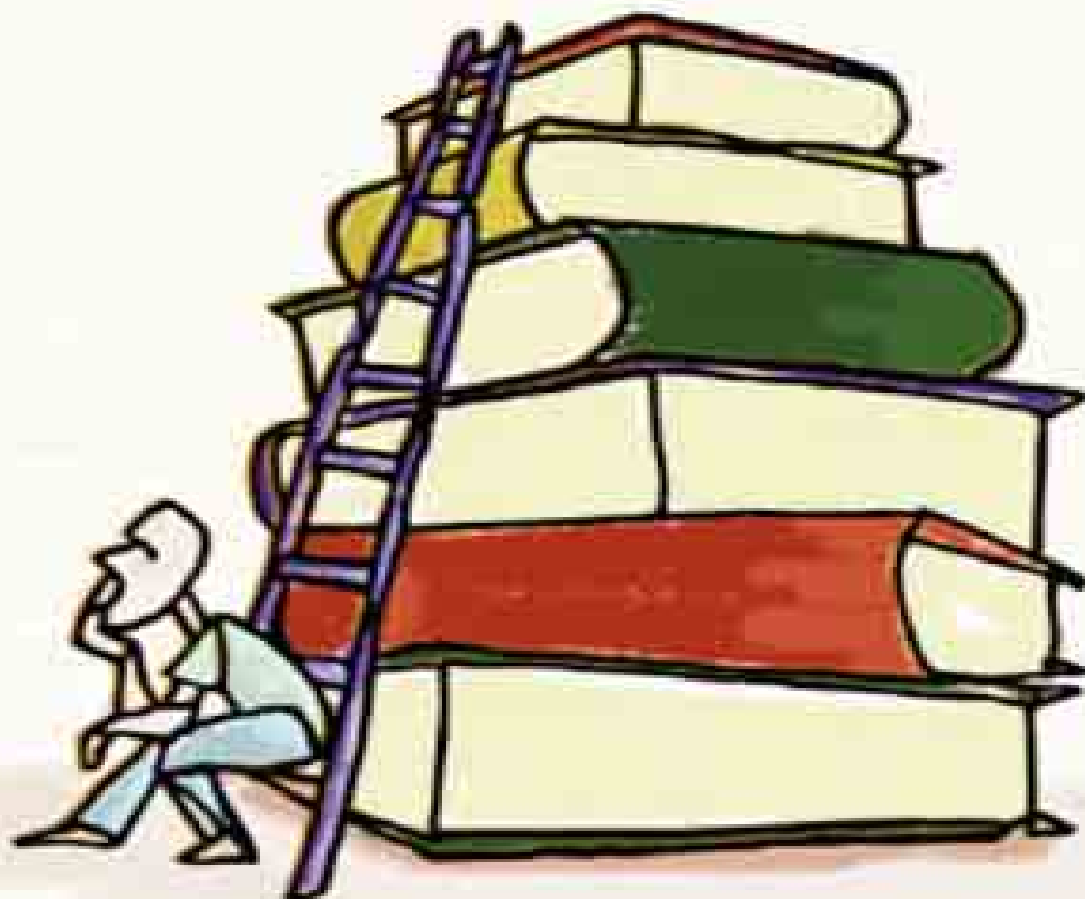
Rodica - As relações sociais de gênero representam um outro eixo temático no trabalho da Rede de Intercâmbio. Como o foco é as famílias, acreditamos que a transformação tem que acontecer no plano familiar e promover uma mudança nas relações familiares, especialmente em relação às práticas de saúde. Como quem se envolve mais são as mulheres, existe uma discriminação quanto à participação das mulheres em tais atividades, onde muitas vezes o próprio marido não permite, impede delas poderem sair, de se tornarem referência na comunidade. É uma coisa muito preocupante. Às vezes, a mulher está começando a se desenvolver e a própria família não deixa ela assumir esse lugar no espaço público. Ela pode fazer os remédios dentro de casa, mas se começa a se envolver na organização comunitária, já está passando dos limites. Nosso trabalho busca mudar essa mentalidade de que a mulher não é capaz, de que a mulher não pode, demonstrando como ela



tem capacidade para se envolver no espaço público e ser uma referência. Porém, é importante envolver também os homens nessas iniciativas em relação à saúde popular, porque eles podem muito bem se preocupar com isso. Se a questão é melhorar a saúde da família e da comunidade, por que não ser uma preocupação tanto dos homens quanto das mulheres? Como dividir as tarefas domésticas, para que ambos possam participar e assumir uma prática na comunidade? Buscamos fazer com que os homens e as mulheres assumam essas várias responsabilidades para melhorar a saúde comunitária e de suas famílias.

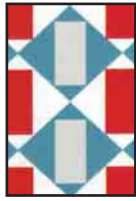
Gerson Flávio da Silva - Jornalista e Arte-Educador, trabalha atualmente na Escola de Formação Quilombo dos Palmares, em Recife-PE. Email: gersonflavio@uol.com.br

Roteiro de Leitura



Intercâmbio Literário

Pretendemos a cada edição apresentar algumas dicas de leitura e, para isso, queremos provocar você, leitor(a), a contribuir com este espaço reservado para nos ajudar a compreender melhor a educação e a saúde. Vamos criar aqui uma espécie de feira do livro, um troca-troca de informações capaz de instigar nossa criatividade e colocá-la, cada vez mais, a serviço da leitura e da reflexão aprofundada dos temas que se relacionam com o nosso fazer educativo. Pág. 152



Roteiro de leitura

Eymard Mourão Vasconcelos

Neste roteiro, algumas dicas de leitura que possam nos apoiar e nos ajudar a fundamentar de maneira mais sólida as ações de educação e saúde.

Histórias que curam: conversas sábias ao pé do fogão

Rachel Naomi Remem. São Paulo: Editora Ágora, 1998.

Muito se fala da busca de uma prática de saúde integral. Como encontrar a totalidade neste momento em que os vários fragmentos da medicina, suas subespecialidades, se rechearam de conhecimentos importantes e até mirabolantes? Como integrar esta gama de conhecimentos tão ampla que pode estar correlacionada a um problema particular? Muitos textos difíceis têm sido escritos sobre esta questão, a partir do conceito de interdisciplinariedade.

Para Rachel, professora da Universidade da Califórnia, a totalidade está mais próxima da profundidade do que da abrangência. Mostra-nos isto, não por uma discussão teórica cheia de conceitos complexos, mas por meio de pequenas histórias de sua relação com os pacientes (trabalha no acompanhamento de pacientes graves), com seus alunos (profissionais de saúde) e também

por meio de sua própria história de doente (portadora de doença de Crohn, já fez mais de 16 grandes cirurgias). Para ela, a doença é um momento de crise do viver que possibilita um contato com as dimensões mais primordiais e fundamentais da existência. Cabe ao profissional de saúde ajudar esse contato, evitando que o doente, desesperado, desorganize ainda mais seu viver, ficando preso em redes de mágoas, baixa-estima e confusão de sentimentos. Para isso, precisa saber conduzir a relação para o nebuloso núcleo da subjetividade humana, onde as múltiplas facetas da vida se apóiam e são integradas. São os caminhos da espiritualidade na saúde.



Educação popular e a atenção à saúde da família 2.ª edição

Eymard Mourão Vasconcelos. São Paulo: Hucitec, 2001. 332 páginas

Há um grande fosso separando o atendimento dos serviços de saúde e a vida da população. Os profissionais de saúde pouco conhecem a dinâmica familiar e comunitária de convivência e enfrentamento dos problemas de saúde. Para eles, as atitudes e falas dos usuários dos serviços parecem desconexas e estranhas.

Este livro é o resultado de uma pesquisa realizada em um centro de saúde da periferia de Belo Horizonte, em que se procurou identificar e entender os bloqueios e as potencialidades existentes no relacionamento entre os profissionais e a população, evidenciando a forma como as questões culturais, cognitivas e subjetivas dificultam ou dinamizam o funcionamento dos serviços de saúde.

Orientado pelo instrumental da Educação Popular, procurou mostrar como o fortalecimento do diálogo e da negociação entre os diversos atores profissionais e populares que convivem em um serviço de saúde é capaz de reorientar a globalidade de suas práticas, tornando-as mais integradas à vida local e mais eficazes. Trata-se, portanto, de uma reflexão sobre os caminhos e as possibilidades da Edu-

cação Popular na atual conjuntura dos serviços de saúde.

Verificou-se que as intensas e frequentes manifestações de doenças banais no meio popular são, muitas vezes, conseqüências de problemas mais profundos na vida familiar, tendendo a se concentrar em famílias que vivem situações especiais de crise e que são marginalizadas da rotina de atendimento orientada pela demanda espontânea. Os problemas dessas famílias em situação de risco eram muito profundos e complexos para serem curados, mas não para serem cuidados.

Neste momento em que se expande no Brasil o Programa Saúde da Família, os caminhos apontados podem ser importantes para a reorientação do modelo de assistência, de forma a passar a priorizar ações voltadas para a renovação dos padrões socio-culturais e sociopsíquicos que governam a vida cotidiana dos cidadãos e dos profissionais de saúde.



Tuberculose: dimensões da interrupção do tratamento

Wilma Suely Batista Pereira. Porto Velho: Editora da Universidade Federal de Rondônia, 2001. Pedidos para editora@unir.br

A partir do olhar da Educação Popular, Wilma estuda um problema bem particular, mas importante, do trabalho em saúde: a interrupção do tratamento pelos doentes com tuberculose. Incorpora a contribuição de vários outros autores, mostrando como a Educação Popular pode se articular com outras contribuições teóricas. Seu estudo foi feito com

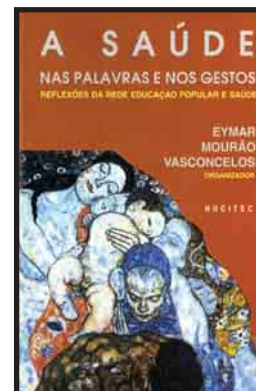
a população amazônica, dando um especial encanto aos depoimentos que retratam a peculiaridade de como os problemas ali se estruturam, e ao mesmo tempo, mostrando a universalidade da realidade humana, pois os problemas ali detectados, apesar dessas peculiaridades, têm ressonância com o que ocorre em qualquer outra região.

A saúde nas palavras e nos gestos Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde

Eymard Mourão Vasconcelos (organizador). São Paulo: Hucitec, 2001.

Já existem hoje no Brasil muitos educadores populares em saúde com um bom nível de elaboração teórica, capazes de expressar de forma elegante os novos caminhos e desafios da ação cultural no campo da saúde. Autores mais recentes e outros mais antigos foram reunidos nesta coletânea de artigos sobre os novos e surpreendentes campos em que a Educação Popular em Saúde vem se refletindo, desde a prática dos agentes de saúde indígena, de uma médica do PSF, de um centro comunitário para pacientes psiquiátricos, além do trabalho das agentes comunitárias de saúde e o significado para a saúde das igrejas pentecostais, até questões mais teóricas, como o planejamento e a avaliação das

atividades de educação em saúde, a obsessão pela saúde da classe média e o processo de construção compartilhada do conhecimento. Expressa a variedade de abordagens que este campo do conhecimento vem reunindo.



O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment, sua história, teorias e estratégias*

Eduardo Mourão Vasconcelos. São Paulo: Editora Paulus, 2003.

Este livro trata das estratégias concretas com que pessoas, a partir da vivência da dor, discriminação e opressão, podem reconstruir gradativamente suas vidas, valorizar e trocar suas experiências pessoais e coletivas, e mostrar para a sociedade como elas gostariam de ser vistas e tratadas por todos, reafirmando um ponto de vista e um poder que só pode ser defendido e assumido mais efetivamente por quem as sofreu na pele. Entre as estratégias indica-

das, estão a elaboração pessoal, as narrativas pessoais, os grupos e as associações de ajuda e o suporte mútuos, a defesa de direitos, a luta contra o estigma e a militância social e política. Esse é na verdade o sentido desta palavra em inglês, o *'empowerment'*, de difícil tradução em português.

O livro se destina então a um amplo leque de leitores. Possui partes acessíveis ao grande público, com base na experiência cotidiana de vida, mas também contempla as exigências dos profissionais e do leitor universitário ao revisar a experiência histórica e a literatura nacional e, principalmente, internacional sobre o assunto.

Educação Popular hoje

Marisa Vorraber Costa (organizadora). São Paulo: Loyola, 1994.

A maior articulação brasileira de pesquisadores em Educação Popular, o Grupo de Trabalho de Educação Popular da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), organizou esta coletânea de artigos de muitos dos seus membros mais ativos. É um livro que abre o leitor para a complexidade teórica hoje existente nos estudos em Educação Popular, os quais vêm procurando trazer para o campo as contribuições teóricas dos grandes pen-

sadores das ciências humanas, superando a época em que as suas reflexões eram apenas a sistematização de experiências vivenciadas. São discutidos conceitos como apoio social, complexidade, globalização, pós-modernidade, sóciopoética e refundamentação da Educação Popular.

Trata-se de um livro para aqueles que desejam avançar dos pressupostos teóricos dos estudos em Educação Popular.



Movimentos sociais e educação. 4.ª edição

Maria da Glória Gohn. São Paulo: Cortez, 1992.

No trabalho comunitário em saúde, os profissionais lidam cotidianamente com os movimentos sociais, mas pouco têm estudado sobre eles, tendo dificuldade de uma compreensão mais ampla de seu significado para a construção de uma sociedade mais saudável. É um livro bem pequeno

e fácil de ler, escrito por uma das maiores autoridades brasileiras sobre movimentos sociais. Aborda temas como as principais formas de organização popular no Brasil, o caráter educativo dos movimentos, sua evolução histórica e a propalada crise atual dos movimentos sociais.

Pequena Enciclopédia



Dizer a palavra...

No processo educativo, é importante dizer a palavra e a pessoa diz melhor a palavra quando ela dialoga, ou seja, fala, escuta e é escutada. Outra condição para que ela diga melhor a palavra é o ato de compreendê-la, saber o que está dizendo, dizer e trocar esse saber que lhe pertence. Neste espaço trabalharemos alguns verbetes comuns ao universo e ao movimento da educação e saúde, visando especialmente a criar esse sentimento de pertença. **Pág. 157**

Pequena enciclopédia

Maria Alice Pessanha de Carvalho

Ilustração: Mascaro

A nova cultura política engendrada pela educação e saúde é composta de uma linguagem própria, da qual extraímos e apresentamos alguns verbetes.

Aprendizagem - Chamamos de aprendizagem e o processo pelo qual o indivíduo, inserido no contexto social, elabora uma representação pessoal do objeto a ser conhecido. Essa relação dinâmica ocorre no confronto do sujeito (seus conhecimentos prévios) com a realidade histórica e culturalmente determinada. Nessa perspectiva, o conhecimento não é só transmitido de uma geração a outra, mas evolui com as novas representações mentais do mundo em função das novas experiências e interpretações da realidade realizadas por cada sujeito. Portanto, o conhecimento está em constante transformação, superação e atualização (POZO, 1998). Esta concepção do ato de aprender não é unânime. Durante muitos séculos, o conceito de aprendizagem foi associado à idéia de aquisição de fatos, dados, valores e condutas acumuladas no interior do educador e transmitida ao aprendiz, acontecendo por meio dos ensinamentos veiculados durante a educação formal ou informal. Essa concepção, ainda hegemônica, se tornou conhecida como educação behaviorista ou comportamentalista. Paulo Freire



também a denominou de educação bancária ou de transmissão de conteúdos, em que os educadores “depositavam” um determinado conteúdo e o aprendiz recebia passivamente (POZO, 1998; JONASSEN, 1997).

O comportamentalismo apresenta como característica principal o fato de considerar que a aprendizagem está baseada no condicionamento humano (estímulo-resposta). Para os comportamentalistas, o princípio motor da aprendizagem acontece mediado pelo ambiente externo, isto é, a aprendizagem é controlada fora do indivíduo. Assim, o aprendiz é entendido como uma tábula rasa, que recebe estímulos externos, estabelece uma associação e é condicionado a fixar o estímulo recebido de forma passiva e incontestável (POZO, 1998; JONASSEN, 1998). Parte-se do princípio de que o aluno não tem conhecimento sobre a questão a ser aprendida e este recolhe sensações e idéias como cópias da realidade. A descontextualização e simplificação das tarefas são características centrais do comportamentalismo. As necessidades de aprendizagem, seus desejos e interesses não são



vistos enquanto demandas do aluno. As necessidades, para os comportamentalistas, têm origem no ambiente externo, no currículo, no sistema escolar e partem principalmente dos professores, dos informantes. Portanto, os valores dos alunos não são considerados no processo de aprendizagem e nem as diferenças individuais entre os aprendizes, sendo necessário uma padronização do conteúdo e das atividades baseadas no aluno médio, que traduz a média do grupo.

Após um longo período de predominância da teoria comportamentalista da aprendizagem, que compreendeu as décadas de 30 e 50, presencia-se a consolidação de um novo enfoque da psicologia científica, a psicologia cognitiva (POZO, 1998).

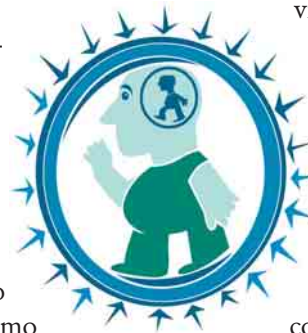
Os cognitivistas compreendem que o conhecimento é produzido internamente como uma construção mental e individual do sujeito, em uma relação que envolve o conhecimento existente com o conhecimento novo. Os cognitivistas se diferenciam entre aqueles que compreendem a mente processando informações e os construtivistas (POZO, 1998).

O construtivismo é uma outra tendência da psicologia cognitiva, influenciada principalmente pelos trabalhos de Piaget. Nessa concepção, o pressuposto principal é o sujeito como construtor do conhecimento. A aprendizagem é reconhecida como um processo de reestruturação de conceitos prévios, que sempre existem em cada indivíduo. Com base nesses conheci-

mentos, os conhecimentos novos são ancorados. Portanto, ao se aprender um conceito novo, construímos interpretações novas guiadas por uma teoria orientadora. O conceito, nesse sentido, não pode ser definido apenas por seus atributos ou características e, sim, a partir de um conhecimento anterior que os relaciona com o conhecimento novo e estabelece uma interconexão com outros conceitos. Piaget parte portanto, da premissa de que o conhecimento é sempre uma reestruturação de um conhecimento prévio (POZO, 1998).

Além da fundamentação nos estudos da psicologia cognitiva de Piaget, que considera o conhecimento como um processo consciente, numa ação do sujeito sobre o mundo e sobre si mesmo, mais estrutural, o construtivismo tem raízes, também, na psicologia de Vygotsky, que ressalta o papel das interações sociais na aprendizagem (DEMO, 1998).

O construtivismo surgiu influenciado pela tradição kantiana, que afirma que “a razão só entende aquilo que produz segundo seus próprios planos” (KANT, 1989). Trata-se de um enfoque teórico que aborda o conhecimento como uma construção humana de significados na interpretação do mundo. Portanto, é uma teoria que busca enfatizar as múltiplas faces do mundo vivido, onde os indivíduos são observadores e analisadores das experiências dessa realidade, construindo e percebendo de forma pessoal e particular, buscando interferir neste mundo.



Autonomia - é um termo introduzido por Kant que designa a independência da vontade relacionada a qualquer desejo ao determinar-se segundo a razão (ABBAGNANO, 2000). Segundo Lalande, autonomia pode ser definida etimologicamente como a “condição de uma pessoa ou de uma coletividade autônoma de dizer, que determina ela mesma a lei à qual se submete”

(LALANDE, 1999). Segundo Silva (1986, p. 203), autonomia “é a faculdade de se governar a si mesmo, liberdade ou independência moral ou intelectual, propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem a sua conduta”. Pensando na educação, Gadotti assinala que autonomia tem origem grega e que significa a “capacidade de autodeterminar-se, auto-realizar-se, condicionada pelas circunstâncias, sempre relativa e determinada historicamente” (GADOTTI, 1992, p.10).

Autonomia, como fruto da aprendizagem, se desenvolve com a prática e está intimamente relacionada aos vários motivos e impulsos, até os filosóficos, que persistem contribuindo para a integridade física, emocional e social dos indivíduos (SILVA, 1986). Nesse sentido, também pode ser entendida como o processo no qual os indivíduos ou grupos se modificam, apropriando-se e tornando-se preparados a realizarem suas atividades de forma independente, determinando suas estratégias e ritmo de aprendizado, tomando decisões segundo suas próprias leis, de forma racional e consciente.



Segundo Cattani (1996), a autonomia pode ser classificada em três níveis: psicológica, que é individual, laboral, que implica a possibilidade de escolha das atividades, das tarefas, dos meios e do sentido do trabalho, e política, que corresponde viver livre de imposições, de normas e de trabalhos servis, sendo esses últimos dois níveis

referentes à vida em sociedade. Em todos eles, a autonomia requer compromisso, participação, aumento de responsabilidade e engajamento permanente.

Diferentemente da idéia de liberdade introduzida na classificação de Cattani, a noção de autonomia para Edgar Morin está intimamente ligada à noção de dependência, e a de dependência à de auto-organização. O autor cita Heinz von Foerster, “auto-organização significa obviamente autonomia, mas um sistema auto-organizador é um sistema que deve trabalhar para construir e reconstruir sua autonomia e que, portanto, dilapida energia” (FOESTER *apud* MORIN, 1996, p. 46), portanto, para esses autores é necessário que se extraia energia do exterior para ser autônomo “É necessário uma profunda dependência energética, informática e organizativa do mundo exterior” para o desenvolvimento da autonomia (MORIN, 1996, p. 47). Nesse sentido, o que eles estão abordando se refere à relatividade da autonomia. Quando se trata da autonomia na construção do conhecimento, pode-se perceber que esta possui forte depen-

dência com o conhecimento produzido coletivamente, com os conteúdos culturalmente constituídos, com os signos e significados. No entanto, também é um processo de construção e reconstrução, de dependência e independência em busca do atendimento das necessidades individuais, embora a sua construção possa se dar de forma compartilhada.

“Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões que vão sendo tomadas” (FREIRE, 1996, p. 20).

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, vir a ser. Não ocorre em data marcada. É nesse sentido que uma pedagogia da autonomia tem de ser centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (FREIRE, 1996, p. 121).

Podemos inferir, portanto, que autonomia é a capacidade que o sujeito possui em autodeterminar-se, escolher, apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido culturalmente em função de suas necessidades e interesses. Caracteriza-se pela responsabilização, autodeterminação, decisão, auto-avaliação e compromissos a partir da reflexão de suas próprias experiências e vivências.

Para a criação de ambientes educativos que possibilitem o desenvolvimento da autono-

mia, toma-se por base os pressupostos que Freire (1996) sumarizou em seu livro *Pedagogia da Autonomia*. Nesta obra, são colocadas de forma didática as recomendações necessárias ao desenvolvimento de um ambiente educativo que se proponha estimulador de processos autônomos, além das demandas direcionadas ao educador. Este autor toma como ponto de partida a postura de que a valorização da competência técnico-científica e o rigor não devem ser menosprezados e nem supervalorizados em relação ao amor e à afeição, indispensáveis à ação educativa. Esta relação tem a motivação e o afeto como prática pedagógica a ser exercitada na relação de aprendizagem, ajudando a construir ambientes favoráveis à construção do conhecimento. A autonomia, portanto, é fruto do desenvolvimento e do exercício permanente, a ser conquistado nas relações de respeito aos diferentes saberes (educando e educador e a comunidade de aprendizagem), no rigor metodológico e na reflexão crítica sobre a prática, principalmente reflexão sobre como se aprende, quais as dificuldades que enfrenta, na prática, orientada pela curiosidade e, na disposição para desenvolver o diálogo e a cooperação nos ambientes de educação.

Maria Alice Pessanha de Carvalho - Mestra em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, UFRJ. Coordenadora Adjunta da Escola de Governo em Saúde: Coordenação de Ensino e Formação Profissional / ENSP/FIOCRUZ.

E-mail: alicep@ensp.fiocruz.br

REFERÊNCIA

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- CATTANI, A. D. *Trabalho e autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- DEMO, P. *Questões para a teleeducação*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GADOTTI, M. *Escola cidadã*. São Paulo: Cortez, 1992. p.10.
- JONASSEN, D. Avaliação da aprendizagem construtivista. In: SOUZA, E.; MACHADO, C. D. (Org.) . *Técnicas e instrumentos de avaliação: leituras complementares*. Brasília : Cátedra Unesco de EAD, 1997. v. 1.
- JONASSEN, David. Designig constructivist learning environments. In : REIGELUTH, C. M. (Ed.) . *Instructional theories and models*. 2. ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1998.
- KANT, I. *Crítica da Razão Pura*. 2. ed. Lisboa : Fund. Calouste Goulbenkian, 1989. p. 18, par. B XIII.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 115.
- MORIN, E. A Noção de sujeito. In: SCHNITMAN, D. Fried (Org.) . *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996.
- POZO, J. I. *Teorias cognitivas da aprendizagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- SILVA, B. (Coord.) . *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.