

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

Tels.: (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

Sônia 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



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
---	-----



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

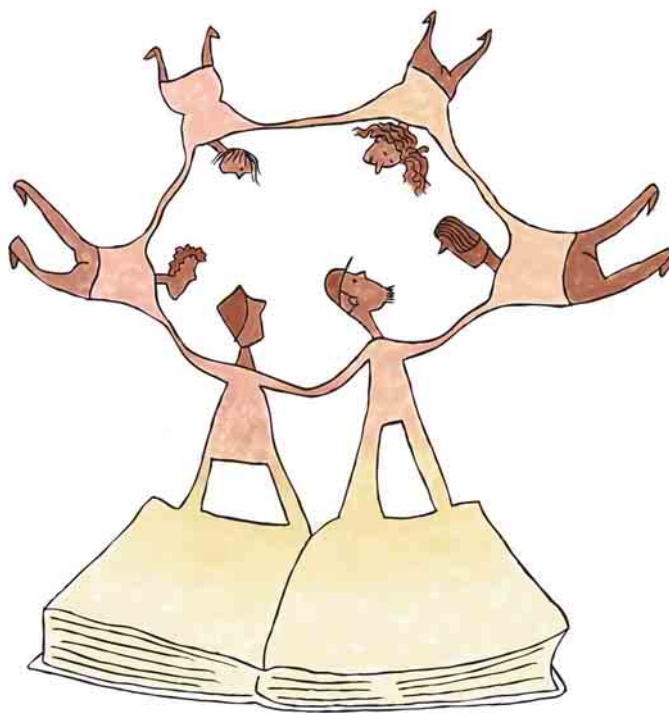
Ilustração: Lin

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.

Critica-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 conexão 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 afirmam 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 comprometimentos 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 / SGEP / 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.

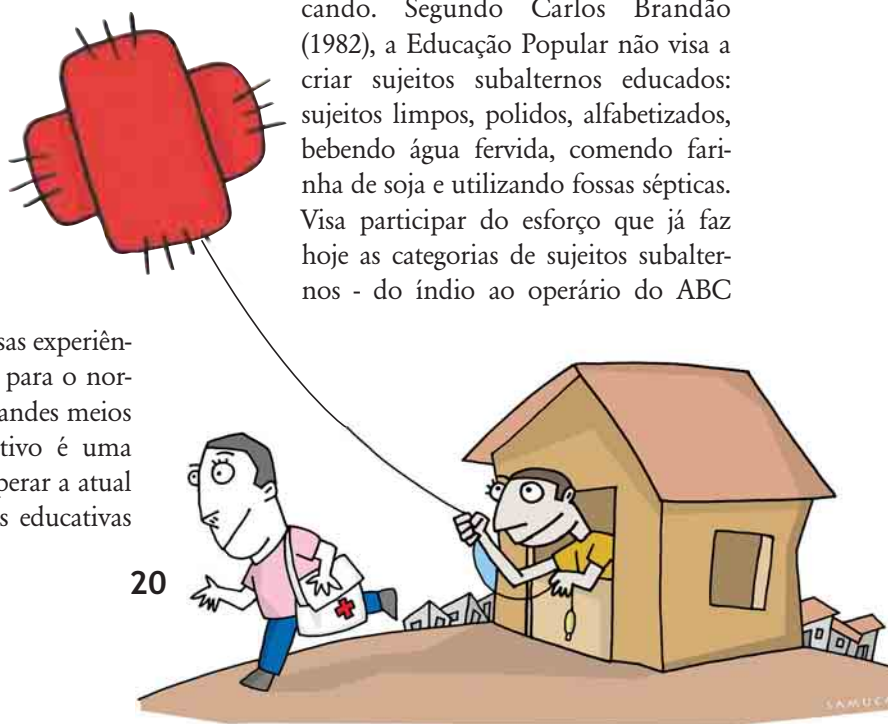
Atualmente, há duas grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população: os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana dos profissionais com a população nos serviços de saúde. A segunda interface, na medida em que permite um contato muito próximo entre 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



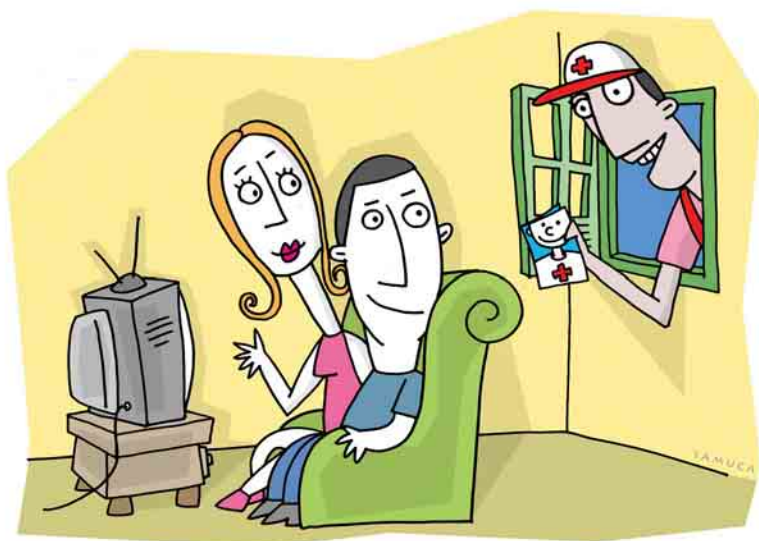
Paulista - para que a organização do trabalho político, passo-a-passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos. A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do 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.

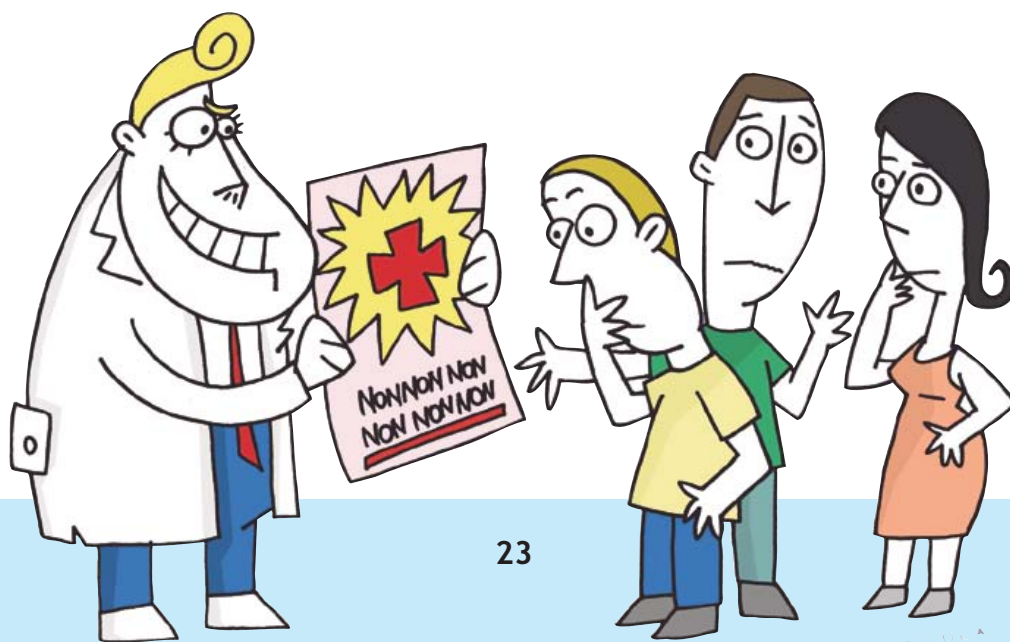
A Educação Popular não é o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diá-

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. E 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.

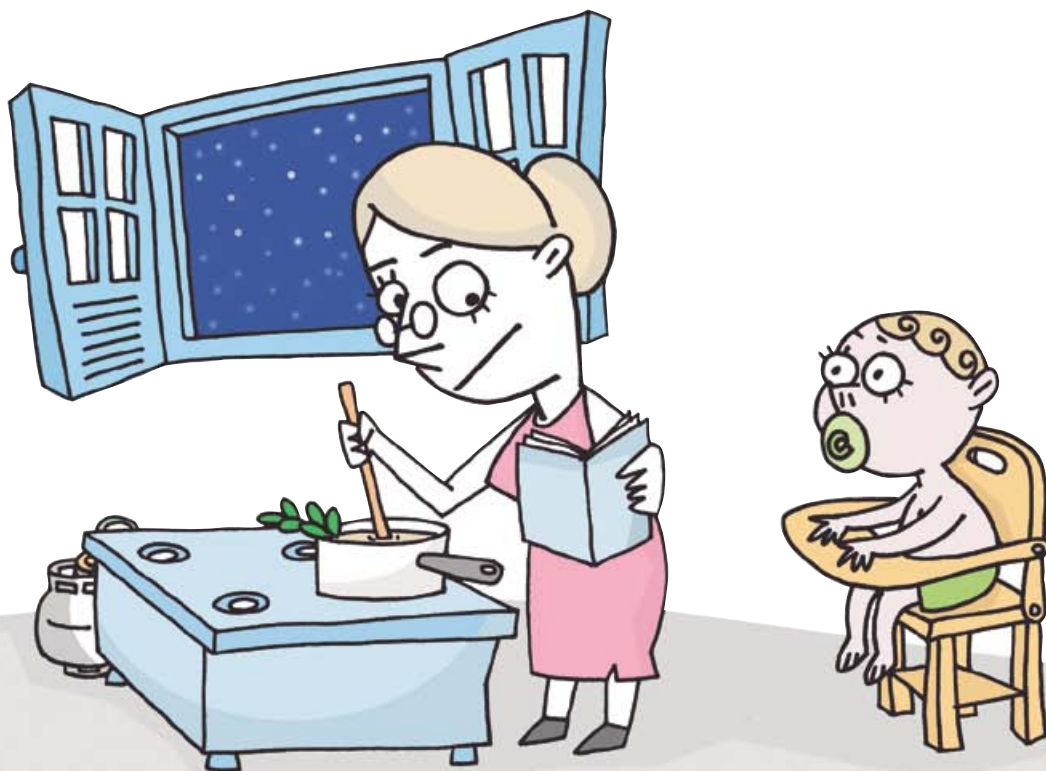
vez de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza. É preciso levar a democratização da assistência à microcapilaridade da operacionalização dos serviços de saúde. Sem a participação ativa dos usuários e seus movimentos na discussão de cada 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 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

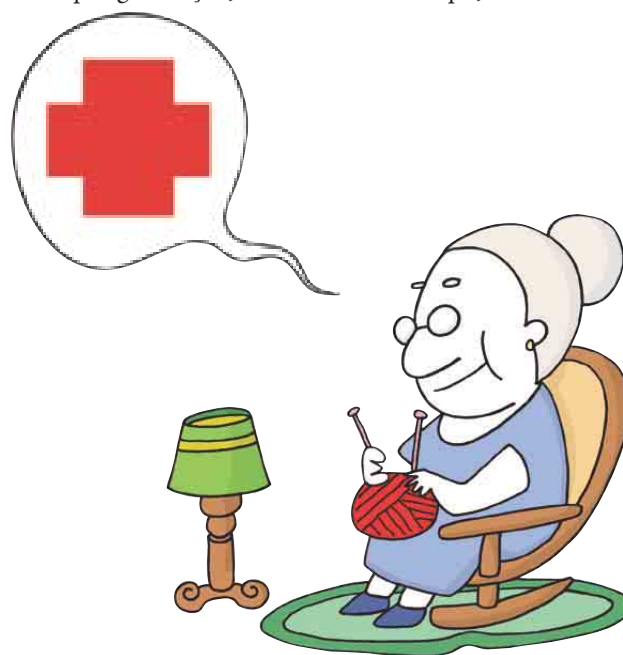
nome Educação Popular se refere não à característica de sua clientela, mas à perspectiva política desta concepção de educação: a construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes 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-



cadres 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.



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 Penteadó, 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 tido, 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 teoricismo. 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, chamemos, 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”.



“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 você falaria ‘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 todí-

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 Penteado, 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 Penteadó 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 e o 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, com 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 *quefazeres* 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

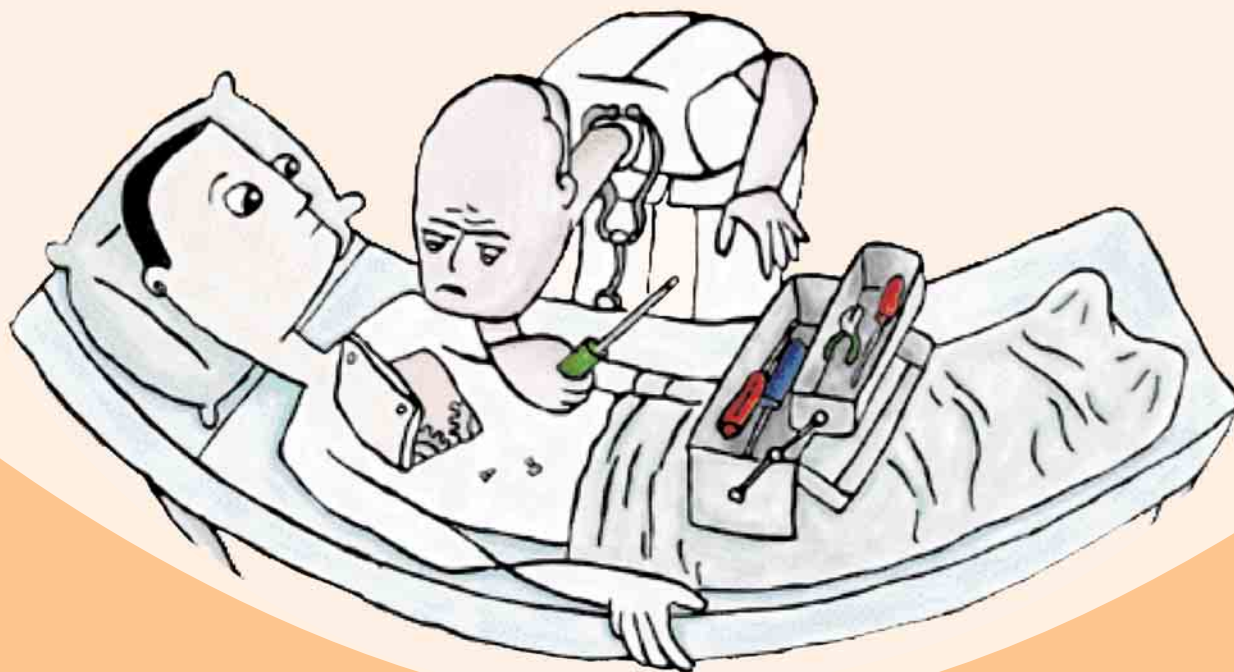
Inglaterra, por Hobbes, e na Holanda, por Spinoza, durante o século XVII.

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 (precariamente, 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 Lília 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).

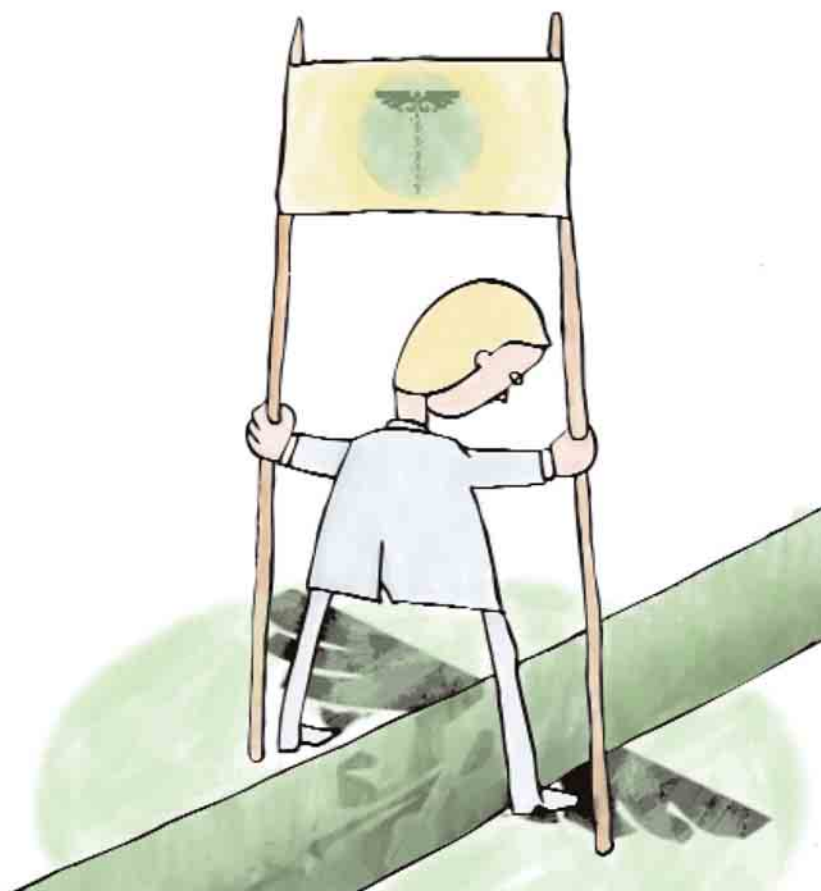
As necessidades de saúde são, portanto, necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas. Ademais, essas necessidades somente podem ser satisfeitas como necessidades sociais. A questão está em saber, então, como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética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

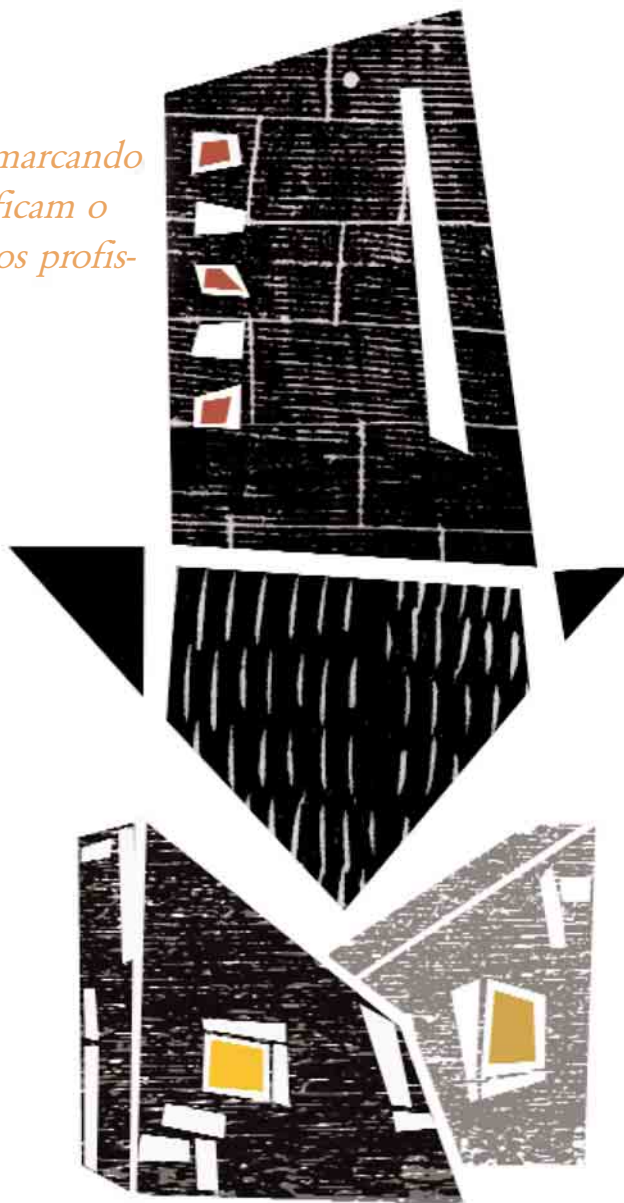
Victor Vincent Valla
Maria Beatriz Guimarães
Alda Lacerda

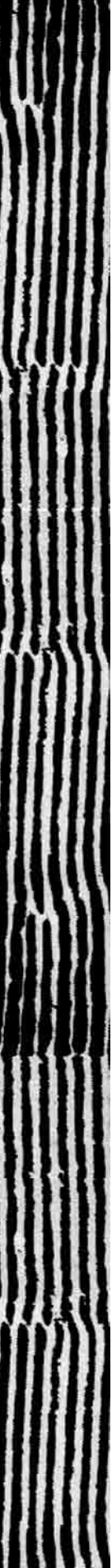
Ilustração: Lin

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).

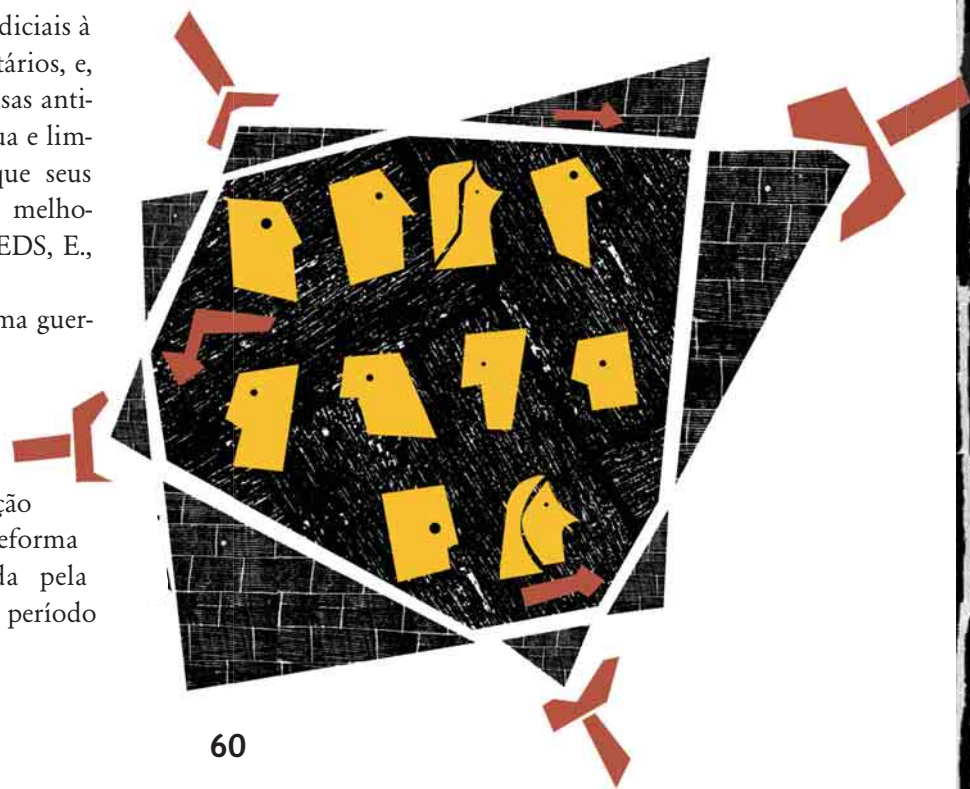
A epidemia da febre amarela foi responsável por inúmeras mortes em todas as camadas da sociedade, inibindo a chegada de navios estrangeiros ao porto do Rio. O que mais chamou atenção dessa epidemia foram os métodos policiaescos de Oswaldo Cruz com a eliminação da doença pela vacina. Porém, as inadequadas 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 que? 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*), borrifa 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 sindicais 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. Às 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



locais (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.). *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 Pública*, Rio de Janeiro, n. 4, 1999.
- 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 evidência de contradições, o

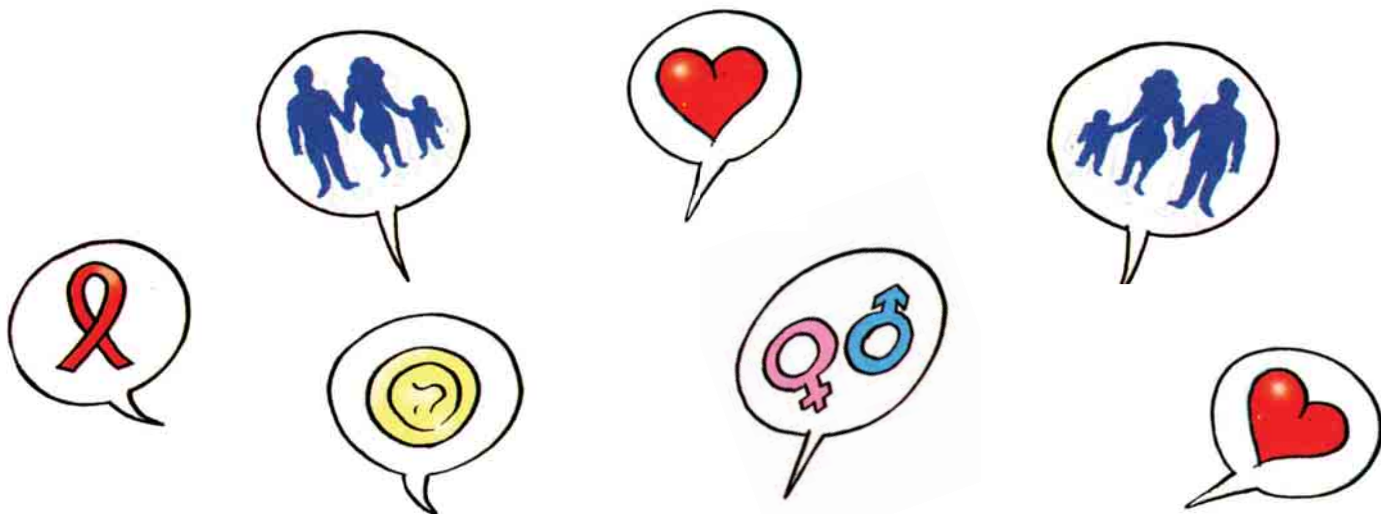
estranhamento, aliados ao respeito crítico pelos aspectos culturais, sociais e econômicos dos participantes, fazem com que seja possível elaborar um material educativo que exponha justamente os aspectos inicialmente não visíveis dos sujeitos e sua realidade. Esta invisibilidade, se não for trazida à 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.

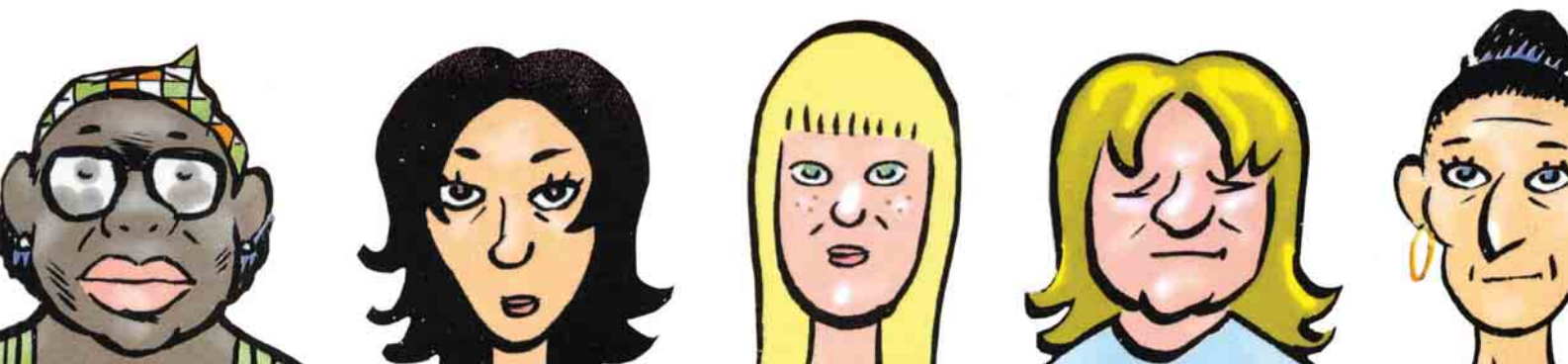
Finalmente, gostaríamos de salientar que esta cartilha, construída em conjunto com a população, tem como objetivo primordial criar redes de conhecimento crítico. Os problemas que foram discutidos em profundidade com um pequeno grupo devem ser, por meio do material educativo, levados para o maior número 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. Aí 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

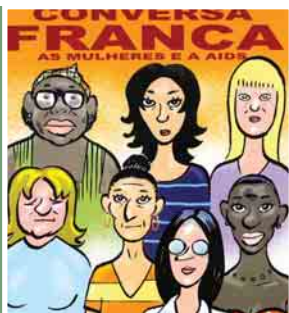
filhos não era só botar o DIU ou tomar comprimido; tinha muitas outras coisas em jogo, como a relação com o marido, como a mulher foi criada, enfim, muitas coisas que tinham que ser discutidas...”

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,