

A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde

Popular education for health as a possibility of increasing social control in the health area

Educación popular para la salud como posibilidad de aumento del control social en el área de la salud

Cláudia Maria Bógus*

RESUMO: O artigo relata e analisa uma experiência de educação popular em saúde, desenvolvida pelo Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo (MSZL) para a formação de conselheiros de saúde, nas décadas de 1980 e 1990. As técnicas de pesquisa utilizadas foram a análise documental e a realização de entrevistas individuais em profundidade com informantes-chave: membros das equipes técnicas e ex-participantes dos cursos. O conteúdo dos cursos, a metodologia e as técnicas didáticas usadas foram condizentes com os princípios da educação popular e atenderam às expectativas das participantes. A educação popular em saúde mostrou-se adequada para os objetivos pretendidos pelos cursos de formação política do MSZL e para o incremento do controle social no setor saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Educação popular. Conselhos de saúde.

ABSTRACT: This paper reports and analyzes an experience of communitarian health education carried out by the Health Movement of the Eastern Region of Sao Paulo City (MSZL) to train health counselors from 1980 to 1990. The research techniques used were document analysis and in-depth individual interviews with key respondents, technical team members and former participants of courses. The course contents, methodology and educational techniques were consistent with communitarian education principles and met the expectations of the participants. Communitarian health education showed to meet the objectives established for MSZL political training courses and to increase social control in the health sector.

KEYWORDS: Health education. Communitarian education. Health councils.

RESUMEN: Este artículo relata y analiza una experiencia de educación comunitaria para la salud realizada por el movimiento de salud de la región este de la ciudad de São Paulo (MSZL) para entrenar a consejeros de salud del año 1980 al año 1990. Las técnicas de investigación usadas fueran análisis de documentos y entrevistas profundizadas individuales con los respondedores principales, los miembros técnicos del equipo y los participantes anteriores del curso. La metodología y de técnicas educativas eran consonantes a los principios comunitarios educación y resolvieron las expectativas de los participantes. La educación para la salud comunitaria se mostró adecuada para alcanzar los objetivos establecidos para los cursos de aprendizaje política del MSZL y para aumentar el control social en el área de la salud.

PALABRAS LLAVE: Educación para la salud. Educación comunitaria. Consejos de la salud.

Introdução

O desenvolvimento de ações e atividades educativas em saúde sempre foi objeto da prática sanitária apesar de ter assumido, ao longo dos períodos históricos, diferentes formatos.

De acordo com Vasconcelos (1996), até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi, em geral, uma iniciativa das elites políticas e econômicas. As ações desenvolvidas voltavam-se para a imposição de normas compor-

tamentais, a partir da adoção de, basicamente, dois modelos pedagógicos: tradicional e comportamental.

O modelo tradicional valoriza a exposição dos conhecimentos do educador e se apóia em aulas expositivas, palestras, orientações individuais ou em grupo, sem levar em conta o interesse, necessidade, crenças e conhecimentos pré-existentes.

Este tipo de abordagem propicia a formação de reações estereotipadas, de automatismos denomina-

dos hábitos, isolados e aplicáveis quase que somente às situações em que foram adquiridos, com compreensão parcial daquilo que foi “aprendido”. Não estimula a cooperação e participação entre os indivíduos e o conhecimento da própria realidade, trazendo como consequência, a imitação de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros; a submissão ao colonialismo; a manutenção do “*status quo*” (Misukami, 1986).

Lakatos e Marconi (1986) explicitam que na abordagem com-

* Pedagoga e Educadora em Saúde Pública. Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professora Doutora do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: claudiab@usp.br

portamentalista, o conhecimento é uma descoberta e é novo para o indivíduo que a faz. Porém, o que foi descoberto já se encontra presente na realidade exterior. A principal preocupação dessa abordagem é o controle de comportamentos observáveis e, conseqüentemente, a geração de tecnologias que sejam capazes de explicar as mudanças comportamentais.

A partir do movimento sanitário brasileiro, ocorreu o crescimento das reivindicações pelo aumento dos serviços de saúde e também por mudanças neles, o que incluía a exigência de participação da comunidade em seu controle.

Nesse contexto e também com a perspectiva de maior controle social nos serviços de saúde, houve aproximação e envolvimento de profissionais de saúde com os movimentos e grupos populares militantes no setor saúde.

Isso significou, em muitos casos, o desencadeamento de processos de educação em saúde com a adoção de estratégias próprias da educação popular (Vasconcelos, 1996; Stotz, 2005).

No II Seminário sobre Educação Social e Saúde no Contexto da Promoção da Saúde, ocorrido em 2001, Miguel Arroyo destacou cinco pontos fundamentais para a educação popular em saúde: diálogo entre os sujeitos; a educação vista como humanização; resgate da humanidade roubada; trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito; e busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação deles (Tema, 2001).

O diálogo ente sujeitos retoma a base do pensamento freiriano: todos os sujeitos devem ser vistos como agentes que têm história, cultura e valores e é entre eles que se devem estabelecer relações de crescimento mútuo.

O processo educativo deve estar voltado para a emancipação, e isso

é próprio do humano, pois só este pode emancipar-se. E isso, também, significa resgatar a dignidade que deve ser inerente às condições de vida de todos os seres humanos.

A educação deve abordar todas as dimensões dos sujeitos e não apenas as habilidades pretendidas como mais adequadas para a “vida saudável”. Também é preciso que se trabalhe a partir de matrizes pedagógicas significativas para os sujeitos, como o trabalho, o corpo, a palavra.

Para os movimentos sociais, que têm algum tipo de ação na área educativa, isso também tem refletido na forma como passam a estruturar trabalhos nesta área. Isso tem sido feito, também, considerando a nova importância atribuída às ações mais locais, consideradas como espaços com potencialidades mais democráticas (no sentido de privilegiar a diversidade e melhor atender as necessidades dos vários grupos), as possibilidades mais flexíveis de captação de recursos (no sentido de não depositar, exclusivamente, no Estado e nos órgãos oficiais esta responsabilidade, buscando alternativas que comprometam outras instâncias comunitárias) e a necessidade de pensar globalmente.

Gadotti e Torres (1992) insistem na manutenção dos princípios contidos dentro do modelo teórico da educação popular: aprendizagem a partir do conhecimento do sujeito popular; ensino, a partir de temas geradores; conceito de educação como ato de conhecimento e transformação social e o aspecto político da educação. Pensando na sua condução prática, a educação popular deve ser baseada no respeito ao senso comum, próprio dos setores populares envolvidos nos processos educativos; deve tratar de descobrir a teoria não conhecida, enquanto tal, por estes setores populares e problematizar o con-

teúdo, com o objetivo de imprimir racionalidade na sua interpretação e sistematização.

Na verdade, de forma geral, as experiências de formação, desenvolvidas no interior dos movimentos sociais, têm-se caracterizado por um tipo de exercício pedagógico popular, fundado na tentativa de diluir as dicotomias dirigente-dirigido e sujeito-objeto, próprias, respectivamente, do processo político e dos métodos de ensino-aprendizagem ou de conhecimento.

Não é possível pensar em educação popular sem buscar como referencial as teorias pedagógicas críticas. O papel que a pedagogia crítica deve ter é de procurar modelos alternativos para romper o círculo vicioso que se estabelece, sempre vinculando a desigualdade social com a desigualdade educativa. A pedagogia crítica fundamenta a possibilidade de mudança individual e social, a partir de um processo educativo baseado na interação entre os sujeitos. Estes podem ser desiguais entre si em vários sentidos, mas sua relação é orientada com base no respeito mútuo e direcionada para a construção conjunta de conhecimento e para o alcance de uma situação mais igualitária. Este princípio é importante para esta abordagem educativa (Ayuste et al, 1994).

Relato e análise de experiência

a) A formação política no Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo

Nas décadas de 1970 e 1980 foram várias as experiências de educação popular junto a grupos comunitários e movimentos sociais, inclusive militantes da área da saúde (Stotz, 2005).

Será destacada, a seguir, a experiência da formação política promovida pelo Movimento de

Saúde da Zona Leste de São Paulo (MSZL), destinada à formação de lideranças locais para ocuparem as vagas destinadas aos representantes da comunidade nos Conselhos de Saúde da região.

O estudo realizado teve como objetivo analisar e avaliar as propostas pedagógicas e metodológicas dos Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde promovidos pelo MSZL, enquanto representativos de projetos de educação popular instituídos por grupos sociais, por meio de suas agências específicas.

A questão da formação política e da capacitação de suas lideranças sempre foi uma preocupação do MSZL, dentro de uma perspectiva que procurou privilegiar a ocupação, pelos seus membros, dos espaços conquistados pela implantação dos Conselhos de Saúde na região.

Segundo documentos elaborados pelo próprio MSZL (Formação, 1988), no final da década de 1970 e início da década de 1980, período inicial do Movimento, a formação política era feita diretamente pelos técnicos militantes do movimento (principalmente por médicos, enfermeiras e assistentes sociais), que eram funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e incluíam entre suas atividades profissionais este tipo de atuação junto aos membros do MSZL. O eixo desta formação estava centrado nas causas sociais das doenças, na difusão da idéia de que a prestação de serviços de saúde públicos era um direito da população e um dever do Estado, opondo-se à privatização. Tal formação, também tinha como aspecto importante a discussão da prática política dentro do Movimento: todas as atividades e estratégias promovidas, internamente ou junto aos órgãos públicos, eram discutidas e avaliadas no conjunto do Movimento.

A partir do processo de eleição dos conselheiros, em 1985, ficou

claro que, com o crescimento do Movimento e a ampliação do número de participantes, a formação política nos moldes descritos acima não atendia mais às necessidades do MSZL.

Neste contexto é que surgiu o projeto dos Cursos de Formação Política dos Conselheiros de Saúde do MSZL. Um documento do MSZL do ano de 1990 apresentou como justificativa para o projeto: "(...) necessidade de priorizar a formação através de cursos intensivos para capacitar os novos membros do Movimento e formar novas lideranças que serão multiplicadores do conhecimento adquirido, nos bairros e regiões a que pertencem, atuando de forma mais ativa no controle social" (Projeto, 1990).

Estes Cursos de Formação Política iniciaram-se em 1987. Para a realização dos mesmos, entre 1987 e 1992, o MSZL recebeu apoio financeiro da *Interamerican Foundation* (IAF). O financiamento recebido, para a realização deste projeto, possibilitou que a equipe técnica fosse remunerada e que os participantes recebessem uma "bolsa de estudos" no valor de um salário mínimo.

O objetivo geral era a capacitação dos participantes dos conselhos de saúde, por meio dos cursos, procurando garantir: (1) a efetiva participação dos conselhos na condução dos programas de saúde; (2) que os conselhos tivessem acesso às informações essenciais à sua função, para que os mesmos pudessem efetivamente participar da tomada de decisões nas unidades de saúde; (3) que os conselhos fossem agentes de conscientização da população a partir dos problemas de saúde, buscando organizá-la para o desenvolvimento da sociedade; (4) que, à prestação de serviços de saúde, se integrassem ações educativas. Além disso, (5) pretendia-se formar multiplicadores para futuros

treinamentos (Capacitação, 1985). Assim, pode-se dizer que os cursos propostos tinham um duplo objetivo: capacitar conselheiros de saúde e formar lideranças para militarem dentro do próprio MSZL.

Nos anos de 1987 e 1988 foram realizados quatro cursos centralizados com cinco meses de duração, em período integral. A equipe de coordenação era composta por oito pessoas: quatro eram membros do MSZL e quatro eram profissionais do SOF.

No ano de 1989, foram realizados mini-cursos descentralizados, com três meses de duração, em diversos bairros das sub-regiões da zona leste do município, sob a responsabilidade de antigas participantes dos cursos de 1987 e 1988.

Em 1992 foram realizados mais quatro cursos centralizados, cada um com duração de três meses. A equipe de coordenação destes cursos foi composta somente por cinco membros do MSZL.

Os dados foram coletados por meio de análise documental e entrevistas individuais, em profundidade, realizadas com pessoas consideradas informantes-chave, pela posição que ocuparam no desenvolvimento dos cursos: membros da equipe técnica, monitores e ex-participantes.

Foram realizadas doze entrevistas individuais e os informantes-chave agrupados em três categorias: (A) militantes do Movimento de Saúde da Zona Leste ("membros da população") que trabalharam como integrantes da equipe técnica que coordenou os cursos; (B) militantes do Movimento de Saúde da Zona Leste ("técnicos militantes") que também eram profissionais da área de saúde e técnicos da Organização Não-Governamental "Serviço de Orientação da Família" que trabalharam como integrantes da equipe técnica que coordenou os cursos; (C) participantes dos cursos

realizados nos anos de 1987/1988 e 1992.

Alguns dos informantes-chave podem ser colocados como pertencentes a mais de uma dessas categorias, porque sua atuação modificou-se durante o transcorrer do período de realização dos cursos.

b) Conteúdo

A educação popular, como qualquer processo educativo, pretende causar mudanças no comportamento das pessoas, por meio da incorporação de alguns conteúdos. O que se deve problematizar, nesta situação, é quais são estes conteúdos, como e por quem eles são definidos e de que forma se pretende que sejam incorporados.

É necessário que, em qualquer trabalho educativo, seja mantida a coerência entre os princípios e objetivos, o conteúdo e as técnicas utilizadas.

O programa desenvolvido nos vários cursos realizados teve pequenas modificações em função de aspectos circunstanciais, mas, de forma geral, seguiram os seguintes eixos temáticos, denominados de módulos:

I – A Estrutura da Sociedade

- histórico da sociedade
- evolução do papel da mulher na sociedade
- história do Brasil e sua situação econômica atual

II – Política de Saúde

- histórico da Saúde Pública
- análise da estrutura do Sistema de Saúde
- análise das propostas de mudanças da VIII Conferência Nacional de Saúde
- central de Medicamentos (CEME) e Indústria Farmacêutica
- programas de Saúde a nível local: ações coletivas e preventivas, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde e meio ambiente

- saúde da Mulher: sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis

- saúde e sociedade

III – Movimentos Sociais

- papel, objetivos e características
- conjuntura política
- conselhos populares
- unificação dos Movimentos Populares

IV – Participação Popular e Saúde

- organização e participação popular
- história e estrutura do movimento de saúde
- conselhos e comissões de saúde
- estratégias de trabalho com a população” (Relatório, 1987 a; Relatório, 1987 b)

A seguir, tem-se o relato das entrevistadas, que compunham a equipe técnica, sobre os temas desenvolvidos:

(B) “Os temas que eu mais desenvolvi foram temas ligados a um módulo chamado estrutura da sociedade, que era um módulo que lidava como a sociedade funciona, o que é capitalismo, o que é poder, qual é a função dos movimentos sociais, era mais ou menos por aí, e eu desenvolvia alguns desses temas. E um outro módulo que discutia metodologia de trabalho, (...) depois tinha outro que era mais voltado ao sistema de saúde, como funciona o sistema de saúde, o que é o Ministério da Saúde, (...) quais são as relações que tem em termos do ministério e dos braços estatais, (...) as instâncias estatais, qual a relação que se tem com o legislativo, o executivo. Então, esse foi o campo com a saúde, até chegar à discussão de como se implementa a saúde no bairro. No módulo mais de metodologia, de prática, a gente discutia o porquê planejar, o porquê organizar, qual era o papel das conselheiras enquanto coordenadoras, formadoras e agentes nas comunidades, lideranças”.

(B) “De um modo geral era assim: política geral, políticas de saúde, dinâmica de grupo, programas de saúde,

programas das secretarias, tanto do Estado quanto da Prefeitura, e, aí, a gente discutia. (...) saúde pública e organização de bairro, essa organização de bairro estava dentro da organização popular, que a gente discutia na região, tudo como um todo. Tudo que existia de organização popular na região e aí as reivindicações com relação à saúde e a gente discutia, também, formas de organização do movimento (...)”.

(B) “Então falava assim da política de saúde, (...) e a gente tentava dar uma idéia, discutir o SUS, o que que era, o que é essa coisa que a gente luta e percepção de saúde. (...) tinha o momento que as pessoas falavam das dificuldades da região do seu bairro, dos conselhos. Cada um trazia as suas dificuldades, as coisas assim dos seus conselhos e era assim: – Eu não sei coordenar a reunião porque lá o diretor é assim, é assado. Como a gente lida com uma pessoa desse jeito?”.

Os relatos dos participantes apontam para os temas que mais interessaram a eles:

(C) “O mais importante era o objetivo das políticas de saúde.”.

(C) “O papel da mulher e a sociedade (...)”.

(C/A) “Sobre política de saúde em geral. Política de saúde no Estado, na Prefeitura e no Federal (...) o que é preciso para se ter saúde, porque não é só o posto de saúde, é a questão da prevenção de saúde”.

As referências mais frequentes, nos diferentes grupos de entrevistados, foram em relação ao tema das políticas de saúde, conteúdo fundamental para o preparo de conselheiros de saúde, como, também, a questão dos movimentos sociais e a organização popular.

Não é por acaso que isso é coincidente com a principal motivação referida para a participação nos cursos.

Os cursos sempre tiveram como eixo condutor o tema da “saúde”, analisada dentro de uma perspectiva crítica, como decorrente de

condições de vida e de trabalho. No decorrer das discussões, os determinantes sócio-econômicos e políticos foram enfatizados como conteúdos que deveriam embasar a atuação dos conselheiros nos Conselhos de Saúde (função, importância, formação) e do MSZL e seus militantes.

Aqui, já aparece com destaque o tema do papel social da mulher, que é um outro aspecto que foi sendo destacado nos relatórios de avaliação dos cursos. Os temas da saúde da mulher e do papel social da mulher foram ganhando importância porque despertavam muito interesse por parte das participantes, colaborando no desencadeamento de processos pessoais significativos entre várias das participantes dos cursos.

A proposição dos conteúdos foi pré-determinada pela coordenação dos cursos. Esta coordenação era composta por profissionais do SOF e militantes do MSZL (pessoas da população e técnicos). A própria apresentação do programa indica que os técnicos tiveram um papel importante na elaboração do planejamento dos cursos. De certa forma, mesmo que não explicitamente ou intencionalmente, era esperado, pelo grupo que conduzia os cursos e por seus participantes, que esta tarefa fosse realizada pelos técnicos, principalmente no caso dos primeiros cursos.

Apesar das experiências de formação terem procurado, dentro dos movimentos sociais, privilegiar as experiências pedagógicas que diluíam, na sua prática, as dicotomias entre educadores e educandos, nem sempre se conseguiu superar a idéia de que cabia aos técnicos a sistematização dos conteúdos a serem trabalhados.

Mas isso não significou, no caso dos cursos do MSZL, um distanciamento entre o conteúdo proposto e o que seria de interesse da po-

pulação-alvo. Mesmo porque, a metodologia utilizada permitiu flexibilidade na condução dos cursos e o seu não enrijecimento em torno de planejamentos pré-determinados.

c) Metodologia

Nos programas e relatórios, a metodologia era descrita como:

- “a) levantamento e análise das condições de vida no bairro e na zona leste, e, a partir daí, análise da estrutura da sociedade e propostas de mudanças;
- b) levantamento e análise das condições e recursos de saúde dos bairros e da zona leste e, a partir daí, análise do sistema, política e programas de saúde;
- c) resgate e avaliação das experiências desenvolvidas pelos participantes nos bairros e nos movimentos populares, troca de experiências e discussão de propostas de atuação que foram discutidas no trabalho de cada um;
- d) análise da prática do movimento de saúde nos bairros, regiões, coordenação, comissões de trabalho. Participação ativa no Movimento de Saúde da Zona Leste;
- e) troca de experiências com grupos de outros movimentos por melhores condições de vida (transporte, educação, sem terra, mulheres)” (Relatório, 1987 b).

Os depoimentos das Categorias A e B dos entrevistados foram os que mais contribuíram para a reconstrução da metodologia dos cursos.

Os relatos mostraram que a experiência de organizar esses cursos com uma proposta que respeitasse a trajetória anterior dos participantes, quanto às suas experiências escolares, pessoais e políticas, exigiu um alto grau de iniciativa, empenho e criatividade da equipe técnica. De fato, o princípio da construção de uma relação democrática e o uso da

metodologia participativa, permearam a experiência de realização dos cursos e de preparo dos monitores para os novos cursos, conforme os relatos dos que participaram da equipe técnica.

(B) “A gente não tinha experiência de fazer isso, fomos aprendendo a fazer isso e a gente percebeu, de um curso para o outro, os nossos avanços. Os monitores se empolgaram com a idéia e trabalharam num clima muito eufórico porque havia unidade e todo mundo estava vivendo a primeira experiência de vida nesse tipo de trabalho. E, aí, todo mundo contribuía para as coisas, para melhorar o curso com as críticas”.

(C/A) “(...) a gente preparava bem o tema antes e a técnica. (...) Por exemplo, eu dominava mais um tema e a outra estava ali mais para completar quando eu estava falando e esquecia alguma coisa”.

(B) “Para discutir sociedade, a gente começava a discutir o bairro onde a pessoa morava, fazia mapeamento do bairro, as classes sociais que tinha no bairro, estudava as atitudes das pessoas, as atitudes de classes, qual as diferenças das pessoas, por exemplo, que eram do comércio (...)”.

Os cursos, segundo a equipe técnica, foram dinâmicos, com ênfase nas atividades práticas, e baseados na vivência dos alunos, que participavam ativamente das discussões, expondo suas experiências, vivências e opiniões em relação aos temas em pauta. Esta metodologia levou em consideração a baixa escolaridade, a condição sócio-econômica e o período que muitas destas pessoas passaram sem estudar. Assim, não seria coerente que os cursos fossem baseados apenas em aulas expositivas, leitura e discussão de textos.

Os participantes dos cursos, que responderam ao formulário para caracterização da população alvo, ao avaliarem os cursos, referiram-se à metodologia como um aspecto muito importante e positi-

vo dos cursos, responsável pelo desenvolvimento da autoconfiança e autonomia dos ex-alunos. O depoimento a seguir, de um dos entrevistados, ilustra bem este aspecto:

“Eu acho que foi muito importante, tanto para os outros como para mim. A gente fazia ginástica, fazia visitas às favelas, via a realidade de perto”.

d) As técnicas didáticas

As estratégias empregadas incluíam atividades de aprofundamento teórico, de reflexão sobre a prática e de reflexão sobre o papel dos conselheiros.

Tais atividades envolviam a realização de leituras, pesquisas, entrevistas, discussões em pequenos grupos, visitas a diversas instituições e entidades, participação em palestras com convidados, debates, seminários, jogos dramáticos e oficinas/vivências que incluíam abordagem corporal.

(B) *“Houve acertos e erros, mas o princípio foi garantido. A metodologia e a continuidade eram garantidas pelas várias reuniões que aconteciam”.*

(A) *“Se você falasse para o pessoal que queria dramatização, você dava o tema e o pessoal que se virasse. A gente sempre teve essa preocupação de escolher para palestradores pessoas que a gente sabia que ia dar conta, pessoas que a gente sabia que estava por dentro do tema. (...) às vezes tinha pessoas que só ia lá e ficava falando, falando e o pessoal não gostava. Eles gostavam quando o pessoal ia lá dava dinâmica e botava o pessoal para trabalhar porque, dos que só ficavam na explanação, o pessoal não gostava”.*

(B) *“(...) Colagens, desenhos, expressão corporal, também dramatização e encenação (...)”.*

(A) *“Tinha dramatização, tinha psicodrama. Desenho. Tinha, até, a questão da música. Fazíamos visitas”.*

(B) *“Colagens, plenárias, slides. Usava demais papel manilha, a gente escrevendo algumas coisas, fazia desenhos. Quando era a estrutura da*

política de saúde então uma era o Ministro da Saúde, a outra era Secretário, a outra era o outro Secretário e outra era um Diretor do ERSA, a outra era conselheira e qual era o papel de todas elas (...)”.

(A) *“Quando precisava discutir capitalismo com o pessoal a gente ia visitar empresas. Faziam visita na fábrica e faziam pergunta aos funcionários, trabalhadores: quanto ganhavam (...)”.*

Procurava-se proporcionar aos participantes outras atividades, como: visita aos acampamentos dos sem-casa para observação e orientação sobre higiene e saúde, visitas às favelas do bairro para orientação sobre: doenças mais comuns, planejamento familiar, orientação de puericultura; acompanhamento de reuniões de conselhos e comissões de saúde, de reuniões com funcionários dos serviços de saúde, de reuniões regionais do movimento, de reuniões da coordenação do movimento, de reuniões das comissões específicas sobre saúde mental, saúde da mulher, política de saúde, saneamento básico, abastecimento, de reuniões da Plenária das Entidades de Saúde, de debates com autoridades, de eventos diversos, como atos públicos, assembleias e passeatas relacionados com o tema da saúde.

A seqüência de atividades de um dia do curso poderia ser descrita assim:

Período da manhã:

- Atividades centralizadas consistindo de: vivências grupais, realização de estudos e debates, seminários, visitas a equipamentos de saúde e visitas a outros grupos organizados.

Período da tarde:

- Atividades descentralizadas nos bairros: preparação de material pedagógico (coordenadoras e monitoras), reunião com moradores, reuniões de Conselhos de Saúde, Comissões de Saúde e outros movimentos locais,

participação em atos públicos, movimentos reivindicatórios” (Projeto, 1990).

(B) *“(...) essas coisas assim mais práticas também. A gente ia para a UBS fazer pesquisa nas UBS’s, a gente usou muito pesquisa com usuário, com diretor. Esse método foi muito usado para esse trabalho: entrevista com pessoas (...)”.*

(B) *“Se tinha teoria de manhã, à tarde elas tinham que ir para a prática. Então, à tarde, elas iam para as reuniões no bairro, nas regiões. Reunião com as autoridades. As visitas. Eu acho que essa junção entre a teoria e a prática foi muito importante (...)”.*

Mesmo utilizando linguagens e formas de expressão diferentes, as falas das Categorias A e B revelam a preocupação que existia quanto à relação entre a teoria e a prática. A diferença, que transpareceu nos depoimentos das duas categorias, mostra que a Categoria B (técnicos do SOF) utilizou uma linguagem mais técnica, condizente com a formação escolar de seus membros. Este é um outro aspecto que foi positivo na composição “mista” da equipe técnica: a troca entre diferentes, o que enriqueceu os componentes dos dois grupos.

Os cursos faziam com que os participantes desenvolvessem atividades relacionadas com o papel de conselheiros de saúde e, então, promoviam uma reflexão sobre tais ações. O espaço para a reflexão ocorria no diálogo entre sujeitos que buscavam o significado das coisas. O conhecimento desencadeava uma nova ação, que atendia aos interesses de mudança, decorrentes do diagnóstico realizado.

A realização de visitas aos equipamentos de saúde e de entrevistas com os usuários dos serviços fornecia elementos para as discussões, aproximava as participantes dos moradores dos bairros e alargava as bases do Movimento.

Pelo estudo do material coletado, percebe-se que, no decorrer do período de realização dos cursos e como resultado das avaliações periódicas que foram sendo feitas, cada vez mais os cursos enfatizavam as atividades relacionadas com a prática dos conselhos e conselheiros de saúde, valorizando a aproximação dos participantes com os moradores dos bairros onde atuavam. Isto se refletiu na utilização de estratégias metodológicas que permitissem a sistematização dos conteúdos pretendidos, a partir dos conhecimentos prévios que o grupo detinha, por meio da sua vivência cotidiana de moradores da periferia urbana da Cidade de São Paulo. Como exemplo, podemos citar: construção do mapa dos bairros da zona leste com localização dos equipamentos sociais existentes, infra-estrutura existente; construção da pirâmide social dos moradores dos bairros; visitas às fábricas nas redondezas e análise da relação entre produção e ganho dos operários.

A leitura dos relatórios de avaliação dos cursos mostra que outros temas (eleições presidenciais, planos econômicos e outros), circunstanciais ao período de realização de cada um dos cursos, também eram contemplados no desenvolvimento das atividades cotidianas. Ou seja, os cursos, mesmo mantendo uma programação, tinham flexibilidade para se adaptarem às necessidades que iam surgindo. Uma das entrevistadas exemplificou com o caso da implantação do "Real" (situação hipotética já que foi um acontecimento posterior ao término dos cursos) como um tema que poderia ter sido incorporado na época de realização dos cursos:

(B) "Considerando o Real como exemplo, a gente com certeza teria incluído o Real dentro do curso, teria modificado a estrutura em função do

momento conjuntural. Isso aconteceu várias vezes, houve adaptação de um curso para o outro, acho que modificou temática, seqüências e tal, mas também se modificava dentro do próprio decorrer do curso".

Um outro aspecto que aparece nos relatórios é que as participantes sempre valorizavam os cursos, não só pelos conteúdos abordados, mas também por significar a garantia de um espaço para a socialização de questões pessoais. Todas sentiam a necessidade de partilhar algumas de suas vivências particulares com outras mulheres, com as quais se identificavam. Muitas vezes, as participantes avaliavam que não havia sido garantido tempo suficiente para este tipo de experiência, que, para elas, era tão importante quanto outras atividades.

A fala de uma ex-participante revela a importância desses momentos de troca de experiências pessoais e de atividades mais "lúdicas", principalmente por proporcionarem a criação de vínculos entre a equipe técnica e as participantes:

(C) "As pessoas vão cruzando o barbante e essas pessoas vão contando porque estão no movimento, então cada um vai contando um pouquinho de como começou e porque começou e a gente fica uns quarenta minutos. É um momento de contar história, conquista que já teve, de expectativas, o que está esperando (...) cada um vai cruzando e depois que todo mundo se apresentou a gente faz uma reflexão que o barbante está firme porque as pessoas estão segurando, o porquê dos buracos que ficaram (...) é muito bom isso, acho que elas não vão esquecer isso".

Esses momentos, também, contribuíam, geralmente, para o aprofundamento de discussões sobre o tema da mulher.

(C/A) "Eu me lembro (...) uma dinâmica de ginástica, um relaxamento antes de começar, dependendo do tema. Por exemplo, tinha dias que era um tema muito pesado, como era a saúde da

mulher, a gente tinha que fazer alguma coisa para a mulher relaxar, até no meio do trabalho".

De modo geral, as entrevistas demonstraram que as mulheres, quando iniciam atividades participativas, começam a discutir e querem entender suas vidas e as condições em que vivem. Isto vai além das questões diretamente relacionadas com as demandas que desencadearam sua participação. Este processo é muito importante para o crescimento pessoal e permite a possibilidade de uma nova forma de reapropriação da sua vida e de suas relações mais próximas, no mundo privado (Sposito, 1993).

O material sistematizado, documentos e falas, indicaram, ainda, que o exercício da participação, assim como os cursos, ofereceram novas situações de socialização e foram, também, momentos de educação política e de inovação cultural. A questão da inovação cultural, em uma sociedade como a nossa, absolutamente desigual nas ofertas neste campo, é fundamental para a busca de uma maior igualdade.

A opção metodológica dos cursos foi apoiada no princípio do estabelecimento do diálogo entre os envolvidos: equipe técnica e participantes. A proposta do diálogo, baseada nos princípios da educação popular, pressupunha a possibilidade de trabalho conjunto e da troca de saberes e o crescimento da vivência compartilhada e o intercâmbio das interpretações construídas e da produção de significados para as situações problematizadas.

Ao ter como temas principais a política de saúde e a participação popular, os cursos abordaram a questão da relação entre os movimentos sociais e o Estado; uma relação que envolve, muitas vezes, o confronto de interesses diferentes. Neste sentido, é útil a interpretação de Paulo Freire de que o grande desafio da ação política educativa é "pedagogi-

zar o conflito”, ou seja, explicitá-lo e utilizá-lo como material de reflexão e análise (Pontual, 1994).

Considerações finais

Em relação às propostas pedagógicas e metodológicas, pode-se afirmar que os Cursos de Formação ofereceram elementos para que seus participantes pudessem “ver e escutar”, com mais crítica, as idéias mais comumente divulgadas e circulantes sobre prevenção, saúde e políticas de saúde, opondo-se a uma unidimensionalização de conceitos e valores.

Outro aspecto fundamental, no desenvolvimento da proposta educativa, corresponde à consideração da experiência e dos “conhecimentos prévios” que cada indivíduo já possuía sobre muitos dos temas ali tratados. Dentro dos pressupostos que embasam a educação popular, isto corresponde à defesa do contexto grupal e local como ponto de partida, considerando que, a estes, outros devem ser acrescentados para o entendimento dos determinantes das situações-problema e a elaboração de propostas de soluções e ações.

A questão da adequação da linguagem foi uma preocupação constante, uma vez que a participação de todos os envolvidos depende da manutenção de uma compatibilidade da linguagem, permitindo que as pessoas entendam e se entendam e que os educandos se tornem capazes de utilizar os conceitos trabalhados durante o programa de formação.

Os cursos foram dinâmicos, com ênfase nas atividades práticas e baseados na vivência dos alunos, cidadãos que participavam ativamente das discussões, expondo suas experiências, vivências e opiniões sobre os temas em pauta. Levou-se em consideração a baixa escolaridade, a baixa condição sócio-econômica e o grande período que muitas destas pessoas passaram sem estudar. Teria sido incoerente que os cursos fossem baseados apenas em aulas expositivas, leitura e discussão de textos.

A proposta dos cursos também incluiu estratégias que procuraram privilegiar e combinar atividades formais e a aprendizagem informal que decorre das experiências vividas: contato com representantes do poder instituído, atividades de pressão e reivindicação junto ao setor público e gerencial dos serviços e contato com assessorias a movimentos populares.

Os conteúdos abordados – a estrutura da sociedade, as políticas públicas, as condições de vida e de trabalho como determinantes das condições de saúde – contribuíram para uma discussão menos mecanicista das questões de saúde. Foi possível realizar ligações e entender o tema da saúde de modo mais abrangente e dentro da sua complexidade. Estes aspectos são importantes para subsidiar qualquer tipo de ação propositiva a ser desenvolvida pelos conselheiros de saúde ou militantes do Movimento de Saúde.

Outro resultado importante foi a identificação, pelas falas dos membros da equipe técnica e dos parti-

cipantes dos cursos, de que houve aprendizagem quanto aos possíveis acessos para as informações sobre o gerenciamento e alocação dos recursos para o setor saúde, definição de prioridades, organização e funcionamento dos serviços e utilização de novas tecnologias. O conhecimento, quanto aos meios para a obtenção das informações e a apropriação das mesmas, auxiliou no estabelecimento do diálogo com os técnicos da área de saúde, aqueles com quem o setor popular deve compartilhar a responsabilidade pelo planejamento dos serviços de saúde.

As práticas de educação popular, similares à descrita neste trabalho, cada vez mais têm sido valorizadas, como instrumentos importantes e úteis, na área da saúde coletiva, porque permitem a aproximação entre os atores envolvidos na abordagem das questões relacionadas com a área da saúde, seja em espaços institucionais ou não. O encaminhamento deste tipo de ação para fora dos espaços institucionais mais tradicionais, como dentro do Estado e suas instâncias, significa uma ampliação da visão do próprio caráter de qualquer processo educativo e do processo saúde-doença. As práticas educativas de caráter popular são as que melhor têm conseguido corresponder à necessidade de contemplar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais envolvidos, procurando garantir a intercomunicação entre os diferentes atores; têm recorrido a experiências metodológicas e de organização e funcionamento com aspectos inovadores e peculiares.

REFERÊNCIAS

- Ayuste A; Flecha R; López Palma F; Lleras J. Planteamientos de la pedagogía crítica: comunicar y transformar. Barcelona: Graó Editorial; 1994.
- Capacitação dos membros dos conselhos de saúde da zona leste; formação técnico-política em saúde. São Paulo; 1985. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- Formação política no movimento de saúde da zona leste. São Paulo; 1988. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- Gadotti M.;Torres CA.Estado e educação popular na América Latina. Campinas: Papirus; 1992.
- Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia científica. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
- Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1986.
- Pontual P. Por uma pedagogia da participação popular. Polis 1994; (14): 63-68.
- Projeto: capacitação dos conselheiros de saúde da zona leste. São Paulo; 1990. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- Relatório: Curso de formação política para conselheiras do movimento de saúde da zona leste (1º semestre 1987). São Paulo; 1987 a. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- Relatório: Curso de formação política para conselheiras do movimento de saúde da zona leste (2º semestre 1987). São Paulo; 1987 b. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- Sposito MP. A ilusão fecunda: a luta por educação nos movimentos populares. São Paulo: HUCITEC/EDUSP; 1993.
- Stotz EM. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trabalho, educação e saúde 2005; 3(1): 9-30.
- Tema "Educação popular em saúde", nº 21, nov/dez 2001. [Publicação da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis da Escola Nacional de Saúde Pública]
- Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cad. Saúde Pública 1998; 14 (Sup. 2): 39-57.
-

Recebido em 18 de março de 2007

Aprovado em 8 de abril de 2007