

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E A PRÁTICA DOS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE: UMA CIRANDA QUE ACABA DE COMEÇAR

POPULAR HEALTH EDUCATION AND THE WORK OF THE CAMARAGIBE CONTROL AGENTS OF ENDEMIC DISEASES: A CIRCLE THAT HAS JUST BEGUN

Maria Verônica A. de Santa Cruz Oliveira, Mestre em educação pela UFPB, Assessoria Técnica da SMS do Recife e Sanitarista da SMS, Camaragibe.

Endereço: Rua Barão de Granito, 53 Casa Amarela, Recife, PE CEP 52070 540 - Tel 81 3269 1759 - 3441 3745 - mveronicaoliveira@yahoo.com.br

RESUMO

Estamos passando por um momento histórico nas políticas de controle das endemias em decorrência das grandes transformações epidemiológicas, políticas e administrativas que vêm acontecendo em nosso país nas últimas décadas. O presente estudo buscará sistematizar tais transformações e analisá-las, tendo como foco as contribuições da educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe, Pernambuco, Brasil. A pesquisa de base qualitativa foi desenvolvida no Mestrado de Educação da UFPB. Trata-se de um estudo de caso que utilizou a observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Os achados da pesquisa revelam, como principais avanços, a integralidade das ações e a base territorial que orientou o modelo adotado. No entanto, alguns limites dificultaram a transformação da prática dos agentes no sentido de incorporar os princípios metodológicos da educação popular em saúde, tais como a persistência de ranços culturais e gerenciais do antigo modelo de base taylorista.

Palavras chave: Educação em Saúde; Educação Popular em Saúde; Doenças Endêmicas/ Prevenção & Controle; Políticas de Saúde; Saúde Ambiental; Administração em Saúde Pública.

ABSTRACT

We are presently living a historical moment in terms of policies of control of endemic diseases due to the great epidemiological, political and administrative transformations that have occurred in our country during the past few decades. This study seeks to systemize these transformations and to analyze them with an eye towards the contributions to popular health education and the practice of the control agents of endemic diseases in Camaragibe, Pernambuco, Brasil. The qualitative research was carried out in the Masters in Education of the UFPB. It is a case study that utilized participatory observation and semi-structured interviews. The research findings reveal as the main advances the integrality of actions and the territorial base that oriented the model chosen. However, there were some limits that hindered the transformation of the practice of the agents in the sense of incorporating the methodological principles of popular health education, such as the persistence of cultural and management traits from the old model of a Taylorist base.

Key-Words: Popular health education, health education, endemic disease control, public policies, municipalization, integrality, management, environmental health.

MONÓLOGO AO PÉ DO OUVIDO

Modernizar o passado
É uma revolução musical
Cadê as notas que estavam aqui
Não preciso delas
Basta deixar tudo soando bem aos ouvidos
O medo dá origem ao mal
O homem coletivo sente a necessidade de lutar
O orgulho, a arrogância, a glória
Enche a imaginação de domínio
São demônios os que destroem o poder
Bravio da humanidade
Viva Zapata!
Viva Santino!
Antônio Conselheiro
Todos os Panteras Negras
Lampião sua imagem e semelhança
Eu tenho certeza eles também cantaram um dia

1- INTRODUÇÃO

Estamos diante de um momento de grande importância para as políticas de controle das endemias, onde vêm ocorrendo transformações epidemiológicas, políticas e gerenciais. Atualmente, assistimos a um processo de agravamento da ocorrência e distribuição de grande parte das endemias no país. São vários os indicadores deste quadro, tais como, a expansão e a urbanização de agravos antes restritos à zona rural e silvestre; o retorno de antigas endemias já controladas (agora com novos padrões de distribuição e comportamento epidemiológico) e o surgimento de novas endemias. Esta nova conjuntura é fruto de uma teia de arranjos da dinâmica social, política e econômica decorrentes do modelo de desenvolvimento adotado no país e do desordenado processo de urbanização das cidades brasileiras, bem como a fatores técnicos das ações de controle caracteristicamente centralizadas, autoritárias, fragmentadas e das especificidades de alguns destes agravos. Um dos principais impactos decorrentes do redirecionamento das políticas de saúde no controle das endemias é o processo de descentralização e municipalização das ações de saúde. Assim, as ações de controle passam a ser responsabilidade dos poderes municipais, com coordenação nos níveis federal e estadual. Esta aproximação do planejamento e execução do poder local tem propiciado momentos de reformulação das estratégias municipais de enfrentamento destes agravos.

Este sentido de transformação e a tônica social, política e cultural que envolvem as endemias no país, me levou a associar as letras das músicas de Chico Science às questões levantadas nesta pesquisa. Resolvi trazer para este artigo, algumas letras de suas músicas como um fio do mundo da poética que, através de sua expressão simbólica, me ajudará a tecer as reflexões teóricas aqui contidas. Homenageio, assim, este alquimista dos sons pelo importante papel que teve no nosso cenário cultural e subjetivo, bem como a todo/as que buscam dar um novo sentido ao mundo através da arte.

O Movimento Mangue, que tem como seu precursor Chico Science, representa uma das maiores transformações culturais da música não só de nossa região, mas de nosso país. Surgiu na cena musical do Recife no início da década de 90 e se expandiu para as diversas formas de manifestações artísticas e culturais. As suas músicas buscam

inspiração na literatura de cordel e mistura temas urbanos e tecnológicos. O seu som procura, na fusão de ritmos culturais regionais e internacionais, uma alquimia que expressa o intenso movimento de transformação do caos à ordem, da ordem ao caos que caracteriza nossa época, ou seja, no meio de um som caótico, busca encontrar a sua ordenação.

A simbologia contida no nome do Movimento retrata tanto a diversidade de vida dos estuários quanto o estado de depredação destes na cidade do Recife, em decorrência do modelo de desenvolvimento social que aterrou os mangues para construção da cidade e os poluiu com os esgotos e dejetos industriais. Há uma filosofia utópica no movimento que busca no fortalecimento da cultura local o sentido de cooperação que leve a uma transformação na melhoria de qualidade de vida.

Assim, as letras de suas músicas têm como eixo a crítica social e são consideradas como um movimento de resistência cultural. Essa fusão cultural, também aproximou as mais diversas tribos etárias, culturais, locais e internacionais.

O termo modernizar tem sido utilizado em vários sentidos. Ao utilizar, na abertura deste trabalho, a música *Monólogo ao pé do ouvido*, busquei me distanciar do sentido empregado para a palavra como acesso às tecnologias de ponta e da globalização e busquei recuperar seu significado de trazer o contexto estudado para um tempo mais próximo e atualizá-lo nas necessidades da nova conjuntura política e epidemiológica.

O modelo de controle das endemias e de suas práticas educativas que foram implementadas no nosso país tiveram como características ter-se dado de forma centralizada, autoritária e fragmentada. Ao se aliarem aos interesses das elites brasileiras, contribuíram para a promoção da exclusão social das classes populares, como também, através do seu modelo gerencial, da desvalorização da subjetividade dos seus trabalhadores e trabalhadoras. Contribuindo, deste modo, na fragilização do “*poder bravio*” destes sujeitos sociais para participarem na luta pela melhoria da qualidade de vida. Assim, “*modernizar o passado*” do controle das endemias é uma decisão de muita coragem que requer deixar para trás velhas formas e buscar novos caminhos que “*soem bem aos ouvidos*” ou, dito de outra forma, que consigam ter uma coerência com os princípios do SUS, com as necessidades locais e suas realidades de saúde e vida.

Neste sentido, a educação popular em saúde tem se demonstrado uma importante estratégia. Parte da análise crítica das realidades, do diálogo e valorização de saberes e dos sujeitos envolvidos. Deste modo, contribui na resignificação das práticas educativas dos profissionais de saúde, oferecendo elementos que potencializam uma ação coerente com os princípios do SUS. Além disto, também tem ajudado na reorganização global dos serviços de saúde. (VASCONCELOS, 1997)

Dentre as transformações políticas, a descentralização e a municipalização das ações de controle destes agravos, como já dito, têm feito emergir novas experiências municipais, sendo de fundamental importância o seu conhecimento e sistematização.

2.CASUÍSTICA E MÉTODOS

A CIDADE

O sol nasce e ilumina as pedras evoluídas
Que cresceram com a força de pedreiros suicidas
Cavaleiros circulam vigiando as pessoas
Não importam se são ruins, nem importa se são boas
E a cidade se apresenta centro das ambições
Para mendigos ou ricos e outras armações
Coletivos, automóveis, motos e metrô
Trabalhadores, patrões, policiais, camelôs
A cidade não pára, a cidade só cresce
O de cima sobe e o de baixo desce

A cidade se encontra prostituída
 Por aqueles que a usaram em busca de saída
 Ilusora de pessoas de outros lugares
 A cidade e sua fama vai além dos mares
 No meio da esperteza internacional
 A cidade até que não está tão mal
 E a situação sempre mais ou menos
 Sempre um com mais e outros com menos
 A cidade não pára, a cidade só cresce
 O de cima sobe e o de baixo desce
 Eu vou fazer uma embolada, um samba, um maracatu
 Tudo bem envenenado, bom pra mim e bom pra tu
 Pra gente sair da lama e enfrentar os urubus.

Camaragibe é um desses municípios. Está localizado na Região Metropolitana do Recife (RMR), no Estado de Pernambuco. Segundo dados do IBGE de 2000, possui uma população de 128.627 habitantes, distribuídos em uma área de 52,9 km², perfazendo, deste modo, uma densidade demográfica de 2.431 hab/ km². É um município de pequeno porte, que ocupa 1,91% do Território da RMR. Está subdividido em cinco regiões político-administrativas (Regiões I, II, III, IV e V).

A gestão da saúde do município, desde 1993, é do Partido dos Trabalhadores e se guia pelos princípios do fortalecimento do SUS e da participação popular, conferindo-lhe um caráter popular e democrático. A aprovação da população a este projeto político fez com que seu secretário de saúde, um médico sanitarista oriundo do Movimento Popular de Saúde (MOPS), se elegeisse e reelegesse prefeito do município-

Apesar do discurso oficial desta gestão expressar a vontade política de melhorar a qualidade de vida da população, administrar a cidade não é tão simples, pois o município enfrenta muitos problemas sociais, estruturais e econômicos difíceis de serem superados. Mas, Camaragibe parece começar a entoar “*emboladas, sambas e maracatus*”, pretendendo “*sair da lama e fazer frente aos urubus*”. Ou dito em outras palavras, o município começa a elaborar políticas arrojadas para fazer face aos principais problemas da cidade. Desde 1993, tem tido uma ampliação da sua rede municipal de serviços de saúde (ver quadro I) e em 1994 assumiu a gestão plena da saúde.

Quadro I- Estudo comparativo da rede de serviços de saúde de Camaragibe- PE em 1993 e 2002

REDE DE SERVIÇOS EM 1993	REDE DE SERVIÇOS EM 2002
8 postos de saúde de atenção básica	03 centros de Saúde
Conselho Municipal de Saúde inoperante	Conselho Municipal de Saúde operante e ativo
Inexistência de ações de vigilância sanitária	Implementação e municipalização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária com uma 01 Unidade de Vigilância ambiental
	37 Equipes de Saúde da Família
	01 laboratório de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino
	01 Núcleo de Atenção Psicossocial
	01 Núcleo de Reabilitação Física
	02 Centros de Especialidades Médicas

Como resultado de sua condição sócio-econômica, seu quadro epidemiológico revela graves problemas de saúde pública, dentre os quais as endemias que têm expressão

preocupante. Os principais determinantes desses agravos são as condições socioeconômicas e ambientais e, por conta disto, a maior parte das intervenções que podem contribuir para reduzi-las estão relacionadas entre si. Assim como a questão do destino inadequado do lixo que propicia condições para a manutenção da dengue, leptospirose e da raiva animal.

No sentido de adequar as ações de controle das endemias à proposta de gestão e à sua realidade sanitária, a SMS construiu um modelo de intervenção que chamou de **controle integrado das endemias**. Este tem como características:

- Articulação da Diretoria de Vigilância à saúde com a Diretoria de Assistência (Unidades tradicionais e PSF/PACS), nas ações de notificação, imunização, diagnóstico, tratamento precoce dos agravos, busca ativa.
- Junção das equipes de campo de raiva, leptospirose e dengue.
- Territorialização dos ACEs em microáreas.

O principal papel dos agentes, no discurso oficial, é o de educador. Mas, a articulação da Diretoria de Atenção à Saúde com o Departamento de Educação em Saúde é bastante frágil. Este Departamento foi criado em 1997 e adotou como referencial teórico-metodológico a **educação popular em saúde**. Essa orientação filosófica vem transformando suas práticas no sentido de incorporar o diálogo entre os diversos saberes e linguagens, articulando os diversos atores sociais de forma participativa, crítica e criativa. Ainda adota como concepção orientadora a mutideterminação do processo saúde-doença. No entanto, o serviço apresenta algumas dificuldades. Por ainda encontrar-se desprovido de uma dotação orçamentária, algumas vezes anda a reboque de projetos advindos da Diretoria de Vigilância à Saúde ou da Diretoria de Assistência à saúde, em outras, aproximando-se de um caráter amador.

Tendo em vista o importante papel da educação em saúde na promoção da saúde, questiona-se, nesse cenário: quais as possibilidades da proposta da educação popular em saúde ser incorporada nas ações de controle das endemias?

O grupo dos agentes de controle das endemias (ACEs) é estratégico para o desvendamento deste processo, uma vez que representa o maior elo entre o serviço de controle das endemias e a comunidade. Assim, os ACEs são um dos principais sujeitos que tecem e dão sentido a essas transformações no cotidiano.

Este trabalho tem por **objetivo** divulgar os resultados de uma pesquisa de Mestrado desenvolvida na UFPB, no período de 1999 a 2000, que teve como meta mapear as resistências, as dificuldades e possibilidades de institucionalização da educação popular em saúde nas ações de controle das endemias, focalizando a prática educativa dos agentes de controle das endemias em Camaragibe.

Por se tratar de um objeto que lida com questões políticas, culturais e subjetivas, difíceis de serem quantificadas, a **metodologia** utilizada foi a pesquisa qualitativa, a partir de um estudo de caso, da observação participante e uso de entrevistas semi-estruturadas. Por uma questão ética, os nomes dos participantes da pesquisa serão todos fictícios, a fim de preservar sua identidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Os agentes de controle das endemias, a organização e o gerenciamento do seu processo de trabalho

CÓCO DUB (AFROCIBERDELIA)

Cascos, cascos, cascos

Multicoloridos, cérebros, multicoloridos

Sintonizam, emitem, longe
Cascos, cascos, cascos
Multicoloridos, homens, multicoloridos
Andam, emitem, amam
Acima, embaixo do mundo
Cascos, caos, cascos, caos

O grupo dos agentes de controle das endemias, em Camaragibe, é um universo masculino e jovem. Todos são do sexo masculino e a sua maior parte, 67,4%, estão na faixa etária de 20 a 29 anos. Quanto à escolaridade, a maior concentração encontra-se no 1º grau incompleto. Mas, também foram encontrados profissionais de nível universitário. Em sua maior parte, os agentes são oriundos do mercado de serviços e do comércio.

A categoria da qual fazem parte é a de agentes de saúde, assim como as agentes comunitárias. E, como tais, também estão vinculados à instituição pelo sistema de cooperativas. Nesta forma de vincular o profissional à instituição não há um registro da carteira do trabalho e, como consequência, os priva de direitos trabalhistas, gerando uma sensação de tempo perdido e grande insegurança com o futuro. Essa é a maior fonte de desmotivação no trabalho. Atualmente, essa forma de contrato tem sido revista, buscando-se novas formas de vínculos institucionais.

"O que adianta eu estar aqui, estou há 4 anos e 7 meses, vou fazer cinco anos. Eu fico dez anos aqui, eu fico velho, posso até adoecer, posso até morrer, o que eu vou deixar para minha filha? O que eu vou deixar para os meus familiares? Nada, porque estou trabalhando aqui sem direito a nada. Sair hoje, o que eu vou receber? Nada. Cadê meus direitos trabalhistas? O PIS, o fundo de garantia? O tempo de trabalho, cadê? nada disso (...) O que me revolta, na prefeitura é isso, eu chego no BANDEPE, quero fazer um empréstimo, faço minha ficha, quando diz 'cooperativa, [eles respondem] Ah, não! Quem é guarda municipal, quem é gari faz empréstimo. Porque somos cooperativados não somos funcionários da prefeitura. E ainda dizem para mim "você é seu patrão." Nós, cooperativados, somos nosso patrão!" (Boy)

"Vamos supor, estou aqui há cinco anos, se a cooperativa me botasse para fora, como é que eu ia provar em outros cantos que eu trabalhei cinco anos e fui boa conduta? Meu contracheque ia provar? Com o meu crachá? Não tem como provar." (Nestor)

Com a junção das equipes de campo e a distribuição espacial dos agentes em microáreas, todos passaram a executar medidas de controle destes três agravos (tais como vacinação anti-rábica animal, pesquisa e tratamento de foco de dengue e desratização), bem como a ter responsabilidade territorial. Como resultado, apresentam grandes potencialidades para aumentar o conhecimento da dinâmica local, construir uma visão mais global do processo saúde-doença, como também estabelecerem relações mais efetivas e afetivas com a comunidade onde estão inseridos.

O modelo de organização e gerenciamento do processo de trabalho dos ACEs apresenta as seguintes características:

- Processo de trabalho fragmentado, alienado, burocratizado, desprovido de diálogo e pautado na cobrança da produção.
- Deficiência no processo de fortalecimento dos ACEs (Educação continuada e acompanhamento das atividades de campo).

Percebe-se, portanto, que há elementos do taylorismo e forte influência do modelo organizacional da FUNASA. Esta forma de vivenciar o gerenciamento não percebeu os agentes de controle das endemias como "*homens multicoloridos*", ou seja, homens ricos

de potencialidades para transformarem a realidade. Ao contrário, os perceberam como reprodutores de normatizações, tolhendo a sua subjetividade e o seu potencial criativo.

A ação educativa, sobretudo na perspectiva da educação popular em saúde, requer tempo para o diálogo e é essencialmente criativa. Essa forma de gerenciamento e organização do processo de trabalho dos agentes poderia seu potencial de educador, uma vez que não se investe na sua formação, pois está pautado na produção, em relações interpessoais autoritárias, coibindo sua subjetividade e criatividade. Que concepção os agentes têm sobre a educação em saúde e qual a sua prática educativa, neste contexto?

3.2 A concepção de educação em saúde dos ACEs

As concepções de educação em saúde dos agentes de controle das endemias, em sua maioria, distanciaram-se do referencial da educação popular que orienta a política do Departamento de Educação em Saúde. Estas apresentam elementos da **educação em saúde normatizadora**, onde a educação em saúde é tida como um repasse de informações de orientações que buscam enquadrar a população ao modo higiênico correto de se viver, segundo os critérios do conhecimento científico.

A educação normatizadora tem como principal base teórica a educação bancária ou não-crítica descritas, respectivamente, por Paulo Freire e Dermeval Saviane. Estas partem de uma visão desvalorativa dos sujeitos, onde seus saberes, histórias de vida e potencialidades de construtores da realidade são desconsiderados. Busca reproduzir o sistema de opressão das classes populares, através da ausência de criticidade da realidade e o desconhecimento do papel dos sujeitos de construtores e transformadores do mundo.

A análise da representação que os agentes têm da comunidade onde atuam revelam elementos que sugeriram uma **visão depreciativa**, tais como conceber a população como ignorante, acomodada, descomprometida com o “*querer viver bem*” e, por conta disto, a comunidade é considerada a principal responsável pela manutenção dos agravos. Desconsidera-se, assim, as questões sócio-culturais que envolvem os processos de adoecimento e morte.

A concepção de que a comunidade é ignorante e desprovida de valores e saberes pode se constituir em um dificultador para o estabelecimento de práticas educativas participativas e libertadoras, uma vez que tal visão é a mesma que fundamenta a prática das escolas não-críticas da educação, colocando na mão do mestre o poder de agir de forma autoritária e desrespeitosa com os valores culturais e subjetivos da comunidade.

3.3 A prática educativa hegemônica dos agentes

A análise das práticas da maior parte dos agentes confirma esta suposição, pois se caracterizavam ora por serem restritas à aplicação de produtos químicos no tratamento dos focos encontrados, ora por serem simplesmente normativas e desprovidas de diálogo.

3.3.a Práticas restritas à aplicação de produtos químicos no tratamento dos focos encontrados.

A análise da observação participante e da entrevista demonstram que esta prática também está relacionada à ausência de capacitações técnicas, que fazem com que os agentes evitem dialogar com a comunidade e expor suas fragilidades quanto ao conhecimento científico acerca das endemias, como também para dar conta da produção.

*“O cabra tá ali .você vai explicando melhor a pessoa pergunta, num sei o quê... hoje em dia a turma faz pergunta a mim, e tu acredita que eu não sei? Porque eu esqueço, a pessoa esquece.”
(Moisés)*

3.3.b Agir educativo normativo.

Durante a observação desta prática, foi marcante o impacto da visão desvalorativa que os agentes têm em relação à comunidade na sua prática educativa.

Victor Valla (2000), ao mostrar como a visão que os profissionais têm da comunidade interfere na participação popular, faz uma análise de como as categorias da carência, da intensidade e da apatia, que embasam o discurso de profissionais de saúde ou mediadores, influenciam suas práticas educativas com a comunidade.

Para o autor, a tradição de perceber falas e atitudes das classes populares amparados no discurso da **carência** da comunidade impossibilita a percepção de que estes grupos sociais têm capacidade de produzir conhecimentos e se organizarem para criar estratégias de transformações.

Em outro pólo, o autor traz a categoria da **intensidade** e que também é utilizada para traduzir a fala e as atitudes destes grupos. Para essa categoria, as classes populares encaminham sua vida marcada com uma grande intensidade na busca do viver. Esta categoria resgata as potencialidades dos grupos sociais e “*traz dentro de si a idéia de iniciativa, de lúdico, de autonomia*”. (VALLA, 2000, p.260) Assim, potencializa o poder de transformação da realidade que os sujeitos trazem, mas, desde que consiga estabelecer as diferenças necessárias entre a forma como as classe populares pensam, sentem e agem diante da realidade e o modo como os conhecimentos técnicos podem contribuir neste processo de construção a partir do respeito e do diálogo. No entanto, nessa categoria de intensidade existe uma tendência de fortalecer a idéia de que a iniciativa popular só consegue se estabelecer através de mediadores e mediadoras (tais como profissionais de saúde e da educação) que, de forma geral, exercem uma relação de poder desigual com o saber e as necessidades dos usuários e usuárias, decidindo o que a fala traz ou não de conteúdos a serem aproveitados. Essa incompreensão da lógica popular de pensar, sentir e agir leva mediadores e mediadoras a terem uma concepção de que as classes populares estão desmobilizadas e, como resultado, não percebem as diversas formas que encontram de se mobilizar.

“As categorias de apatia e desorganização atribuídas às classes populares que não fazem parte da sociedade civil de caráter popular, escamoteiam uma realidade que é de fato oposta. Uma grande parte da população dos bairros periféricos e favelas participa de algum tipo de organização (escola de samba, time de futebol, igreja) que, se não demonstra um discurso articulado politicamente, indica porém, relações coesas e sistemáticas. A própria sobrevivência de grandes parcelas dessas classes deve-se em grande parte à sua iniciativa de viver. É freqüente a postura de intelectuais e profissionais de que a iniciativa é um atributo deles, mesmo reconhecendo que gostariam que não fosse assim. A imagem de passividade é ilusória e, se não for assim concebida, necessariamente põe a concepção de ação e iniciativa apenas no lado dos mediadores.” (VALLA, 2000, p.260) (Grifo do autor)

Será que a população não exerce os cuidados para prevenção dos agravos endêmicos por “*não querer viver bem*” e por comodismo, ou se sente imobilizada diante de uma estrutura social que lhes priva do acesso aos seus direitos de cidadania?

Durante a pesquisa de campo em uma das residências visitadas havia muito cuidado com os depósitos de água e com o acondicionamento do lixo no quintal. Mas, a

dona da casa estava muito revoltada com a falta de acesso ao saneamento, se referindo ao esgotamento sanitário que nunca foi ligado, nos falou, :

“De que adianta eu cuidar daqui, tampar os depósitos, se não tem para onde escoar a água? Esses canos que colocaram foi só dinheiro perdido. Para onde eu vou jogar a água? Se colocar para fossa, logo vai estourar!” (comunitária da região III)

O discurso que desvaloriza a comunidade, além de legitimar práticas educativas ligadas às teorias não-críticas da educação e dificultar o diálogo de saberes e a participação popular, colabora também para que não haja uma compreensão de que a lógica popular de encaminhar a vida, de apreensão da realidade e de construção de conhecimentos são distintas da lógica do conhecimento científico.

A respeito disso, Valla (2000) identifica um fosso entre o discurso sanitarista e a lógica popular de se encaminhar a vida:

“Toda proposta sanitarista pressupõe a previsão como categoria principal, pois a própria idéia de prevenção implica um olhar para o futuro. Contudo, poder-se-ia levantar a hipótese de que estes setores da população [classes populares] conduzem suas vidas com a categoria primordial da provisão. Com isso se quer dizer que a lembrança da fome e das dificuldades de sobrevivência fazem com que o olhar principal se volte para o passado e se preocupe em prover o dia de hoje- uma idéia de acumulação, portanto. Assim a proposta de previsão estaria em conflito direto com a de provisão.” (VALLA, 2000, p.261)

A dengue, por exemplo, no imaginário popular, parece ainda estar associada a uma simples gripe. Para alguns profissionais de saúde, é possível que haja uma grande subnotificação dos casos de dengue devido à população não ter procurado mais os serviços de saúde, buscando se auto-medicar com analgésicos e chás tradicionais. Silva (2001) nos chama a atenção que, na maior parte das vezes, a população só procura os serviços de saúde quando esgota suas possibilidades terapêuticas. Pode-se perguntar o que a dengue representa em relação à fome, violência e tantos outros problemas que acometem as classes populares e parecem ter uma urgência maior?

Esta incompreensão leva a uma ineficiência do processo educativo, pois, o discurso científico requer uma lógica de abstração distante da lógica popular de construção do conhecimento. Assim, além da prática desenvolvida não ter espaços de negociações de significados, também não existe um processo criativo em que se busque o uso dos materiais didáticos disponíveis – tais como mostrar as larvas e mosquitos encontrados como forma de quebrar a abstração do conhecimento científico e trazer para uma realidade imaginária mais próxima das pessoas com quem se interage.

Mas, se os agentes fazem também parte da comunidade onde atuam, o que os leva a esta incompreensão?

As suas histórias de vida ligadas à educação não-crítica (a qual visa a reprodução das estruturas de dominação social) não encontra estímulo para sua reformulação, dada a falta de espaços reflexivos que abram espaços de reflexão crítica de suas práticas e de novos caminhos para o fazer cotidiano.

Ainda acrescenta-se que, enquanto forma de se legitimar na instituição, reproduzem o discurso médico-científico hegemônico que desvaloriza o saber popular. Com isso, há

uma negação da sua identidade sócio-cultural, uma vez que são e fazem parte da comunidade onde atuam.

Esse agir também contribui para o estabelecimento de resistências da comunidade às suas orientações ou para uma construção fragmentada do conhecimento.

Em uma das primeiras residências que visitei na pesquisa, pude perceber o quanto a visita domiciliar é invasiva: entramos em todos os cômodos da casa e o agente aplicou larvicida, sem pedir permissão, nos vários depósitos que encontrou, inclusive no filtro de água que estava devidamente tampado. Fomos atendidos por uma adolescente que nos informou que não havia plantas com água em casa, mas encontramos um vaso com água que havia larvas já eclodidas. Ao questionarmos a garota que nos atendeu se sabia o que era dengue, o agente precipitou a resposta, perguntando se ela estudava. Diante de sua resposta afirmativa, ele garantiu:

-Então, já sabe.

Sepultou assim qualquer possibilidade de diálogo. Ao sairmos, a técnica que nos acompanhava escutou a dona da casa reclamar com sua filha por ter permitido a aplicação do larvicida e mandou-a jogar a água dos recipientes fora.

A transformação de um ato acontece diante do convencimento de sua necessidade, o que pode se dar diante da coerção e/ou do medo ou ao se adquirir um novo conhecimento que permita olhar para a realidade de uma nova forma, ou seja, ampliando-se a consciência da realidade. Mas nem sempre o contato com esse novo conhecimento é suficiente para sua transformação; é também necessário que haja uma internalização de sua necessidade, pois o que rege o agir humano extrapola o racional. Existem elementos subjetivos permeando este processo no campo psicológico (tais como condicionamentos corporais, emocionais) e cultural, bem como estruturas sociais desfavoráveis e toda uma escala de valorização que baliza a escolha da transformação ou não da atitude.

Embora o processo de transformação esteja limitado por estes fatores, a aquisição de um novo conhecimento pode se constituir no caminho mais efetivo para essa transformação, desde que haja uma internalização capaz de construir coerência deste com as escalas valorativas dos sujeitos. Para tanto, esse processo requer uma relação de confiança com quem está mostrando este novo olhar. Esta relação dificilmente se estabelecerá diante de atitudes onde as pessoas não se sentem compreendidas e valorizadas, construindo, ao contrário, movimentos de resistência.

Acrescenta-se a esse fato que, ao não se compreender as diferenças existentes entre a lógica científica e a popular de apreensão da realidade e da construção dos conhecimentos, gera-se um processo fragmentado que leva a população a movimentos antagônicos de resistência cultural às transformações prescritas, ou ainda de buscar incorporar o discurso científico, reconstruindo-o a partir de seus referenciais simbólicos. Esse fato foi percebido por Silva (2001) em seus estudos das representações sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana, na comunidade de Pirapama, município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco.

*“... observa-se um movimento de dar sentido ao discurso médico e aos diversos discursos que escuta, reconstrói e reproduz. O que é dito precisa ter coerência e fazer sentido com a sua vida prática. Assim, buscam na própria experiência elementos que venham dar sentido aos novos conhecimentos. (...) Ao confrontarem o discurso técnico com suas experiências cotidianas, colocam essas informações em dúvida, interrogando sua validade a partir de questionamentos lógicos de seu ponto de vista. (...) Os relatos demonstram também aspectos importantes que caracterizam a qualidade da **comunicação** estabelecida entre a comunidade e os profissionais de saúde. Os diálogos*

fragmentados, evidenciam o profundo desencontro de estruturas de pensamento e de saberes e/ou a reprodução desses, sem o respaldo da realidade significada. Um dos resultados concretos desse desencontro é a dificuldade de compreensão da cadeia de transmissão da Leishmaniose e, por conseguinte, a resistência às medidas adotadas pelo serviço. É explicitado claramente pelos entrevistados o quanto o discurso biomédico lhe é difícil de ser compreendido e reproduzido.” (SILVA, 2001, p.103,105) (Grifo da autora)

Durante a pesquisa, pude presenciar um caso que exemplifica bem esta reflexão. Em uma das casas visitadas, a cisterna estava muito bem coberta e sem foco. Mas foram encontrados quatro vasos com plantas. Um continha uma planta seca, pois estava sem água e também sem terra. Dos outros vasos, todos estavam com água e, destes, dois apresentaram focos de *aedes*. Segundo a dona da casa, ela não colocou água em um dos vasos porque um outro agente tinha dado a orientação de não cultivar plantas em água.

Comecei a perceber que o discurso científico de trocar o cultivo de plantas em água por jarros com terra foi incorporado de forma fragmentada, tendo sido adotado apenas o cultivo da planta sem água. Esta experiência, ao ser confrontada na prática cotidiana, mostrou que a planta não consegue sobreviver. O que, provavelmente, motivou a dona da casa a manter as demais com água, mostrando uma dicotomia entre aceitar as prescrições do profissional de saúde, diminuindo sua culpa pela manutenção da epidemia e, ao mesmo tempo, mantendo viva a cultura de ter plantas dentro de casa.

3.4 Elementos que sinalizam a possibilidade de transformação das práticas educativas dos agentes

No cotidiano, onde a vida se expressa com toda a sua diversidade, não é possível emoldurá-la em um único referencial teórico, pois é aí que as diversas experiências de vida dos sujeitos sociais fundem-se e somam-se aos seus valores, dando um sentido singular ao seu fazer. Assim, além destas práticas hegemônicas dos agentes que foram aqui descritas, também foi observado que, em alguns momentos, os agentes incorporaram **novos elementos** que os aproximam da educação popular em saúde, tais como:

- a. crítica ao uso de materiais didáticos desprovidos de diálogo;
- b. sugestão de inovação dos espaços para o desenvolvimento dos trabalhos educativos e do uso de linguagens lúdicas;
- c. prática regida pelo diálogo e sensibilidade e
- d. vivências em organização comunitária e em espaços públicos.

As críticas ao uso de materiais didáticos desprovidos de diálogo e sugestões de uso de linguagens lúdicas estiveram relacionadas com vivências anteriores dos agentes com a equipe de educação em saúde (extinta na junção das equipes de campo) e que fazia apresentações de teatro de bonecos em diversos espaços públicos.

“Eu fui fazer uma desratização numa casa e eu cheguei lá estava (...) tudo bem limpinho e a menina disse: ‘foi meu filho que foi numa palestra na escola, chegou aqui virando tudo, limpando tudo, botou isso aqui para o rato não subir, disse a mim que eu guardasse as panelas antes de dormir’ (...) [indaguei à mãe] qual escola? [a mãe responde] ‘aquela dali, tal horário.. [pensei] ah! fui eu mesmo. Foi um garoto, e eu me senti importante fazendo isso. Hoje não me sinto muito importante” (Alisson)

O caso em que o agente, apesar do seu discurso normativo, desenvolvia uma **ação sensível e dialógica**, revela uma dicotomia advinda da falta de espaços no serviço,

destinados à reflexão da prática e da construção de uma coerência do que se pensa, sente e faz. Mas vale questionar se a negação da sensibilidade, comum no discurso científico e no mundo do trabalho, também seja responsável por esta dicotomia. Como estas práticas são tidas como transgressoras, seja na comunidade científica, seja na organização do processo de trabalho, elas são negadas no discurso, quem sabe até, como mecanismo interno de se proteger da incômoda situação de se sentir transgressor.

No que toca a **prática ligada aos movimentos em defesa da vida**, o agente relatou que já era líder comunitário antes de seu ingresso na prefeitura. Reconhece que tratava-se de uma vivência utópica e paternalista e que teve um amadurecimento quando começou a participar do orçamento participativo, onde percebeu a importância de reconstruir sua prática no sentido de torná-la mais participativa e de construção coletiva. O fato de ser agente na área em que atua como liderança o fez misturar os papéis de agente e líder comunitário, ocasionando momentos de tensão com a gerente do serviço. Mas, também, dotou de grandes possibilidades o serviço, ao se inserir na USF de sua área, desenvolvendo conjuntamente ações de organização comunitária num projeto de educação ambiental nos diversos espaços públicos. Essa ação foi duramente criticada pela gerência que não conseguiu perceber a potencialidade do que ali estava sendo gestado.

3.5 Algumas contribuições da educação popular em saúde na reconstrução do agir educativo dos ACEs

Ainda durante a pesquisa, houve uma transição gerencial sendo solicitado ao setor de educação em saúde uma oficina que tinha por objetivo reconstruir a prática educativa dos agentes a partir da reflexão de sua *práxis*, da qual participei, junto à gerente do serviço, como facilitadora. Esta oficina se guiou pela metodologia da educação popular em saúde. Por ter sido a primeira vez que os agentes se sentiram escutados, o grupo trouxe à tona, num primeiro momento, sentimentos de desvalorização, desrespeito, descrédito e baixa auto-estima, devido às mágoas e ressentimentos decorrentes das pressões advindas das relações gerências e interpessoais de equipe. Ao se possibilitar um espaço de escuta, de diálogo, troca de saberes e experiências, esses sentimentos emergiram numa intensidade não esperada. Assim, fez-se necessário reorientar o conteúdo programático e as vivências corporais para trabalhar algumas questões que se mostraram relevantes às características e demandas do grupo. (CLEMENTE et al, 2001) Como principais resultados desta oficina pode se perceber:

- aumento da auto-estima e maior integração da equipe;
- identificação de diversos atores sociais e espaço para o desenvolvimento de ações educativas de abordagem coletiva;
- pactuação com a nova gerência da reativação do grupo de teatro, o qual construiu peças partindo do conceito da multideterminação do processo saúde-doença e da co-responsabilização social. Ainda fez apresentações em diversos fóruns fora do município, como o no II Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, em Brasília, 2001. Recentemente esta experiência ganhou um prêmio de honra ao mérito, conferido pela III Conferência Regional Latino Americana de Promoção à saúde e Educação para a Saúde (SÃO PAULO, 2002).

O gerenciamento do processo de trabalho na ótica do taylorismo busca o desenvolvimento de instrumentos coercitivos que pretendem a captura dos auto-governos, (momentos de criação, o trabalho vivo em ato), ajustando o processo produtivo aos produtos finais desejados pela instituição. Mas são nesses momentos, em que o/a trabalhador/a vivencia seu auto-governo, que se abrem fissuras no modelo instituído, dando possibilidade para a (re) criação e transformação tanto dos processos de trabalhos,

como da missão institucional. Essas fissuras geram ruídos que demonstram as transformações e os movimentos de resistência. (MERHY, 1997a). Como, por exemplo, o desejo dos agentes desenvolverem ações educativas coletivas e com linguagens lúdicas ou o trabalho desenvolvido na região III, o qual buscava romper com o modelo instituído e vivenciar uma integração com a USF desenvolvendo ações educativas de caráter coletivo, os quais foram tidas pela gerência como uma transgressão. No entanto, estes foram a maior possibilidade encontrada nesta pesquisa da prática dos agentes aproximar-se da proposta de controle integrado das endemias e da educação popular em saúde.

Merhy (1997a, 1997b) traz a importância de uma nova postura gerencial que permita o desenvolvimento da capacidade de escutar esses ruídos, identificando as transformações que trazem ao processo de trabalho, bem como sendo um agenciador destas rupturas. Assim, propõe o desenvolvimento de tecnologias gerenciais analisadoras que busquem capturar e agenciar estes processos.

Há, também, importantes contribuições metodológicas no sentido de aumentar a participação dos trabalhadores e trabalhadoras no planejamento, dentro de uma linha emancipatória e participativa.(GALLO, 1995).

A educação popular em saúde alia-se a essas metodologias podendo, também, contribuir no resgate desses ruídos e na reorientação global dos serviços, tornando-os mais humanizados e aderentes às necessidades populares e dos seus trabalhadores e trabalhadoras. Isso se dá porque utiliza metodologias que têm como base o diálogo, a problematização e a participação. Desse modo, facilita o estabelecimento de uma ação comunicativa entre os diversos atores e atrizes sociais, potencializando a leitura crítica e criativa da realidade para o diagnóstico participativo e o planejamento estratégico (VASCONCELOS, 1997; RAUPP et al., 2001).

A essência dessas metodologias se dá na perspectiva de construir, nos diversos movimentos cotidianos do trabalho, uma “práxis” que pede uma nova postura dos gerentes e profissionais intermediada pelo diálogo. E diálogo não é monólogo, significa trocar, escutar e falar. Predisposição para escutar nem sempre é fácil, pois nesses processos surgem críticas, expõem-se limites pessoais dos quais nem sempre se está pronta/o e aberta/o para percebê-los e/ou admiti-los. Para falar é preciso construir uma relação de confiança que permita as pessoas envolvidas no processo se sentirem seguras de que serão respeitadas, valorizadas nas suas opiniões e decisões. Estabelecer um processo gerencial mais democrático significa, portanto, partilhar poder e decisões.

4. CONCLUSÃO

A CIRANDA ACABA DE COMEÇAR...

A PRAIERA
No caminho é que se vê a praia melhor para ficar
Tenho a hora certa pra beber
Uma cerveja antes do almoço é muito bom
Pra ficar pensando melhor
E eu piso onde quiser, você está girando melhor garota!
Na areia onde o mar chegou, a ciranda acabou de começar, e ela é!
E é praiera! Segura bem forte a mão
E é praiera! Vou lembrando a revolução, vou lembrando a revolução
Mas há fronteiras nos jardins da razão
E na praia é que se vê a areia melhor pra deitar
Vou dançar uma ciranda pra beber
Uma cerveja antes do almoço é muito bom
Pra ficar pensando melhor
Você pode pisar onde quer
Que você se sente melhor

Na areia onde o mar chegou
A ciranda acabou de começar, e ela é!
E é praiera! Segura bem forte a mão
E é praiera! Vou lembrando a revolução, vou lembrando a revolução
Porque há fronteiras nos jardins da razão?
No caminho é que se vê a praia melhor pra ficar
Tenho a hora certa pra beber
Uma cerveja antes do almoço é muito bom
Pra ficar pensando melhor...

A educação é um processo de transformação e, como tal, é processual e tem seu ritmo próprio que, às vezes, avança, em outras recua, assim como a ciranda, que se põe em movimentos com passos que se direcionam para frente e outros para trás. A não compreensão desse ritmo é de extrema importância, pois sua incompreensão pode levar muitos educadores e educadoras ao desânimo. Mas esse movimento também simboliza o de Camaragibe que, ao buscar *qual a praia melhor para ficar*, vai remodelando suas políticas de educação em saúde e de controle das endemias, em alguns momentos avançando, em outros, dando um “passo para trás”. Não é possível deixar de ressaltar a coragem de mudar um modelo de saúde pública que tem quase um século de tradição e acúmulos tecnológicos, bem como trazer as experiências do movimento popular de educação em saúde. A junção das equipes de campo e a sua territorialização, como visto, trazem novas possibilidades para o agir no controle das endemias a partir da construção de novas relações que se estabelecem entre os agentes e a comunidade, que agora são mais efetivas. Ao estarem mais perto dos referenciais da educação popular em saúde, ainda podem ser mais afetivas, respeitadas e ligadas às práticas libertadoras. Com esta aproximação e partindo de uma visão mais ampla do processo de saúde-adoecimento, também surgem as oportunidades do desenvolvimento de ações intersetoriais e de organização social ligados à melhoria da qualidade de vida. O contexto político do município, com a sua gestão orientada pela participação popular nos diversos fóruns (como por exemplo, a administração participativa), impactou a forma de vivenciar o trabalho comunitário do agente da Região III da cidade.

Mas como se trata de um momento de transição do modelo, pode-se perceber que, ao lado dessas mudanças, existem algumas estruturas e atitudes institucionais que, em determinados momentos, aproximam-se do modelo tradicional. Essas transformações não se dão de forma estanque e, sim, processualmente. Visualizar esses limites não inviabiliza a proposta; ao contrário, a fortalece no sentido de perceber que alguns passos “para frente” podem ainda ser dados.

O primeiro limite que foi visualizado diz respeito à falta de dotação orçamentária da Divisão de Educação em Saúde do município. O que nos leva a uma questão relevante para a institucionalização da educação popular em saúde nos serviços públicos: a necessidade de uma dotação orçamentária que, ao viabilizar seu planejamento, a distancie de uma ação de caráter amador e possibilite que seja pensada de forma estratégica. Essa situação pode estar relacionada à concepção de que a educação pode ser realizada sem planejamento e de qualquer forma, uma vez que é papel de todos os profissionais. Mas esta falta de dotação orçamentária também constata que o que ainda predomina na eleição de prioridades de investimentos dos gestores são as ações assistenciais. Esse fato ainda é agravado pelos choques existentes entre as lógicas que embasam o pensamento da epidemiologia (onde a subjetividade é tolhida em prol de uma ciência objetiva que tende a transformar as pessoas em números de risco) e da clínica (com suas intervenções curativo-individualistas, hegemonicamente tem como características ser individual, ter acentuada arrogância cognitiva e de poder dos doutores sobre seus pacientes) com a

lógica da educação popular em saúde, uma vez que as duas primeiras são as principais captadoras dos recursos financeiros do setor saúde. Desse modo, é importante pensar em estratégias de transformação cultural que sensibilizem os demais profissionais do setor saúde para o papel estratégico da educação popular em saúde na promoção da saúde e no redirecionamento dos serviços, bem como que a ação educativa, apesar de ser uma atividade que as mais diversas categorias profissionais devem ter como orientadora de suas práticas de saúde, também requer novos saber-fazer, tempo, recursos financeiros e estruturais para a sua realização.

Assim, há uma necessidade de desenvolver estruturas institucionais de apoio aos profissionais, no caso em estudo, dos agentes, tais como um projeto de educação continuada e apoio sistemático no campo.

Isso sugere que a institucionalização da educação popular em saúde também requer um movimento de fortalecimento teórico e metodológico dos educadores e educadoras, no sentido de lhes dar um maior suporte nesse debate intrasetorial, bem como aumentar suas habilidades no planejamento e na elaboração de projetos.

Algo que poderia contribuir na dinamização do agir integrado no controle das endemias e da educação popular em saúde é o desenvolvimento de um projeto de articulação e integração comunitária. Este, tendo como base a articulação intrasetorial dos agentes com as Unidades de Saúde da Família de suas áreas de atuação, pode estar mais fortalecido, assim como ensinou a experiência desenvolvida na Região III da cidade. Mas essa vivência também trouxe o aprendizado de que terá muito mais possibilidades quando se der de forma legitimada pela instituição, com apoio técnico sistemático e com a articulação das Diretorias de Atenção à Saúde (responsável pelo PACS/PSF), de Vigilância à Saúde (novo nome da DIEVIS) e da divisão de Educação em Saúde. A partir desta constatação, fico com o aprendizado de que, ao se pensar na institucionalização da educação popular em saúde, é importante situá-la nos diversos projetos intra e intersetoriais.

Uma outra questão, que apareceu na pesquisa de forma relevante para a institucionalização da educação popular em saúde no controle das endemias, diz respeito ao modo como foi vivenciado o gerenciamento e a organização do processo de trabalho dos agentes. Em Camaragibe, esse modelo se guiou pelos referenciais da escola taylorista da administração. Um dos resultados dessa forma de gerenciar o serviço foi que se guiou pela lógica da produção, tornado-se um dificultador do estabelecimento de ações processuais e dialógicas que embasam a prática de educação popular em saúde. Ainda vale lembrar que esse modelo não percebeu os agentes de controle das endemias como transformadores da realidade, mas como reprodutores de normatizações, tolhendo a sua subjetividade e o seu potencial criativo. Isso se constituiu numa grande contradição com os princípios da educação popular em saúde, pois se espera construir uma prática educativa que parta da valorização dos sujeitos envolvidos, de suas histórias de vida, de seus saberes, seus sentimentos e afetos. Assim, é importante construir uma coerência nas relações interpessoais da instituição. Como esperar que esses sujeitos incorporem esses princípios se a própria instituição assim não os reconhece?

Reduzir essa discussão a uma questão subjetiva dos gerentes é despolitizar a discussão. Esta prática tem raízes históricas nos serviços de saúde pública no país, e pode até ser potencializada pelas características individuais dos gerentes, mas é uma causa estrutural.

Essa é uma constatação de extrema importância para os gestores que visam a construção de um modelo de saúde humanizado e que buscam uma coerência com os princípios de participação popular pelos quais tanto se lutou no país há, pelo menos, quarenta anos. Criticaram-se as práticas autoritárias e de exclusão social das instituições

de saúde pública do país, os direitos da/os trabalhadora/es e quando, enfim, as ações estão mais próximas do poder local, aumentando o poder de intervenção sobre elas, repetem-se posturas semelhantes.

Desse modo, um dos caminhos que pode contribuir na construção da coerência dos princípios defendidos por essas gestões é a aproximação do processo de gerenciamento e organização do trabalho de relações mais humanizadas. O que leva a um novo desafio: como fazer diferente, se esse foi o modelo vivido e ensinado ao longo desses quase cem anos de história da saúde pública no país?

Durante a pesquisa, no momento das entrevistas, os agentes já mostraram conseguir elaborar críticas ao modelo gerencial e de organização do processo de trabalho, bem como perceber o limite da ação educativa de abordagem individual. Na região III, a resistência cultural do seu chefe de turma aliou-se a sua história de vida junto aos movimentos em defesa da vida do município e conseguiu redesenhar a possibilidade de um novo agir, articulando-se à equipe de saúde da família de sua região e aos movimentos de organização comunitária. Infelizmente, não houve uma atitude gerencial de escuta, tanto destas críticas e sugestões de reformulação, como das possibilidades da experiência da região III, a qual teve um caráter transgressor perante o serviço. Como resultado, muitas destas críticas não conseguiram encontrar espaço de vida e também gerou-se uma incoerência interna na formulação das concepções que estes agentes tinham da educação e da comunidade, uma vez que associaram a educação a práticas normativas ou ligadas às teorias não-críticas da educação. Além disso, a experiência da Região III, a qual conseguiu se materializar, não teve apoio técnico, o que limitou sua atuação e comprometeu a qualidade de algumas das atividades desenvolvidas.

A transformação do modelo gerencial pode encontrar viabilidade através da utilização de instrumentos gerenciais capazes de instalar uma postura dialógica e problematizadora da realidade. Algumas reflexões teóricas trazidas ao longo deste estudo apontaram para a importância da incorporação de um agir comunicativo no espaço de trabalho, utilizando metodologias que aumentem a autonomia dos sujeitos e sejam agenciadoras de novas rupturas com:

- as práticas que se reduzem à inspeção de focos e aplicação de produtos químicos no ambiente;
- o modelo da educação em saúde normatizador, o qual orienta, hegemonicamente, a relação dos agentes com a população.

A educação popular em saúde ainda foi referendada como uma metodologia capaz de potencializar a ação comunicativa no mundo do trabalho, dada a sua capacidade de refletir e problematizar a realidade através de uma ação dialógica. Na pesquisa, pode-se constatar que a oficina de educação popular em saúde conseguiu resgatar as críticas dos agentes e os movimentos de resistência cultural ao modelo de organização do serviço, fortalecendo o papel destes como transformadores da realidade e pactuando com a nova gerência outras formas de atuação como, por exemplo, a reativação do grupo de teatro e o desenvolvimento de práticas educativas nos espaços coletivos.

O embalo “*da ciranda*” de Camaragibe deixa o aprendizado de que os caminhos para a institucionalização da educação popular em saúde, por ser uma decisão política, mas também individual e que demanda um movimento de transformação cultural em redes intrasetorial e intersetorial, se move no ritmo e passos da ciranda. Mas, apesar das dificuldades que encontra para tal, é, com certeza, uma importante estratégia para a participação popular na construção de um Sistema Único de Saúde mais humanizado e que esteja ligado aos interesses das classes populares. O que poderá ser potencializado, se a prática de seus profissionais conseguir se inserir nos diversos movimentos de defesa da

vida e ultrapassar “*as fronteiras da razão*” instrumental, encontrando-se e valorizando a subjetividade do/as usuário/as e trabalhadores/as.

Tendo como referência o quase um século do modelo microbiológico das práticas de controle das endemias e da vivência normativa de suas práticas educativas no Brasil, pode-se dizer que as inovações de Camaragibe, nessas duas políticas, é uma ciranda que *acabou de começar* e que estará sempre começando toda vez em que se parar para pensar *qual a melhor praia para ficar...*

5- REFERÊNCIAS

ACIOLI, M.D.; CARVALHO, F.E. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p.59-68, 1998.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento Urbano e de Desenvolvimento Econômico. *Súmula do município*. Camaragibe (PE), 2000.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento Urbano e de Desenvolvimento Econômico. *Súmula do município*. Camaragibe (PE), 2000.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Perfil epidemiológico do município de Camaragibe/PE, período de 1993 a 2000. Camaragibe (PE), 2001.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão - 1993*. Camaragibe (PE), 1994.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão - 1994*. Camaragibe (PE), 1995.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão - 1995*. Camaragibe (PE), 1996.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão - 1997*. Camaragibe (PE), 1998.

CAMARAGIBE (PE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão - 1999*. Camaragibe (PE), 2000.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERRY, E.; ONOKO, R. et al. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p.229-266.

CARVALHO, E. M. F.; ACIOLI, M. D. (Coord.). Introdução. In: _____. *Pesquisa de avaliação do impacto das ações IEC/MC no controle das doenças endêmicas em cinco estados brasileiros*: versão Pernambuco, relatório final. Recife: Banco Mundial, Ministério da Saúde, 1996. p.2-13.

CHICO SCIENCE. Monólogo ao pé do ouvido. In: CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. *Da Lama ao Caos*. Rio de Janeiro: Sony Music Entertainment, p1993. 1 disco sonoro. (ca.45min), 33 1/3 rpm, stereo., 12 pol.

CHICO SCIENCE. A cidade. In: CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. *Da Lama ao Caos*. Rio de Janeiro: Sony Music Entertainment, p1993. 1 disco sonoro. (ca.45min), 33 1/3 rpm, stereo., 12 pol.

CHICO SCIENCE. A praeira. In: CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. *Da Lama ao Caos*. Rio de Janeiro: Sony Music entertainment, p1993. 1 disco sonoro. (ca.45min), 33 1/3 rpm, stereo., 12 pol.

CHICO SCIENCE; LÚCIO MAIA. Côco Dub. (AFROCIBERDELIA). In: CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI. *Da Lama ao Caos*. Rio de Janeiro: Sony Music Entertainment, p1996. 1 disco sonoro. (ca.45min), 33 1/3 rpm, stereo., 12 pol.

CHICO SCIENCE & NAÇÃO ZUMBI. Desenvolvido por Victor Camaroti da Silva Fonseca. *Biografia*. Disponível em: <http://www.geocities.com/victorcsf/biochico.html>. Acesso em: 20 set. 2004.

CLEMENTE, C.; CARVALHO, F. ; OLIVEIRA, M.V.A.S.C. *Relatório da Oficina de Educação em Saúde*: sensibilização. Camaragibe (PE): Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária., 2001. (Mimeografado).

DIAS, J.C.P. Participação, descentralização e controle das endemias no Brasil. In: BARATA, R.B.(Org.). *Doenças endêmicas*: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 269-298.

DONALÍSIO, R. M *O dengue no espaço habitado*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. *Política e educação*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

GALLO, E. (Org.). *Razão e planejamento, reflexões sobre políticas, estratégias e liberdade*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

GAUTHIER, J. Carta aos caçadores de saberes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1997. p.181-209.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MAFFESOLI, M. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MAGNAMI, J. G. C. Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencontrar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOZO, Rute (Org.). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 127-140.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERRY, E.; ONOKO, R. et al (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997a. p. 71-112.

MERHY, E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERRY, E.; ONOKO, R. et al. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997b. p. 113-160.

RAUPP, B. et al. A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 207-216.

SABROZA, P.C.; TOLEDO, L.M.; OSANAI, C.H. A organização do espaço e os processos endêmicos-epidêmicos. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Os muitos Brasís: saúde e população na década de 80*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 57-77.

SAVIANI, D. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política*. 25. ed. São Paulo: Cortez, 1991. (Coleção polêmicas do nosso tempo, v. 5).

SILVA, E.M. *Representações sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana: um estudo etnográfico*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

VASCONCELOS, E. M. A Educação Popular como Instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Tese (Doutorado em Medicina Tropical)- UFMG, Belo Horizonte, 1997.

VALLA, V.V. Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, R.B.(Org.). *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 251-268.

VALLA, V.V. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC, 1999.

Submissão: setembro de 2004

Aprovação: outubro de 2004