



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

PATRÍCIA BATISTA ROCHA

ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DA
PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE: o projeto saúde para moradores de rua

Rio de Janeiro

2013

PATRÍCIA BATISTA ROCHA

ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DA
PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE: o projeto saúde para moradores de rua

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Neide Emy Kurokawa e Silva

Rio de Janeiro

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA BATISTA ROCHA

ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DA PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE: o projeto saúde para moradores de rua

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 25 de fevereiro de 2013.

Prof^a. Dr^a. Neide Emy Kurokawa e Silva (Orientadora)

IESC/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Sandra Maria Becker Tavares

IESC/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Miriam Ventura da Silva

IESC/UFRJ

Dedico esse trabalho:

A minha avó Diva, que sendo uma inspiração para mim, me fez correr atrás de meus objetivos.

A meus pais, que me incentivaram na escolha do tema e a não desperdiçar a experiência que vivi no projeto.

Ao escotismo, que muito me ensinou e me proporcionou viver essa experiência.

À irmã da instituição, que me auxiliou no processo de aproximação aos moradores de rua.

Aos próprios moradores de rua, pois foram os que mais fizeram do projeto ser algo além do que uma simples etapa de desenvolvimento pessoal.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelas incríveis oportunidades que me foram concedidas nessa vida e me fizeram aprender um pouco mais sobre o mundo e sobre mim.

Agradeço a minha avó Diva, pelos seus ensinamentos, apoio e carinho. Por sempre nos influenciar positivamente, por acreditar em mim, por lutar e cuidar sempre de todos nós.

Agradeço aos meus pais Paulo e Madalena, pelo amor que deram, por nunca me deixarem desistir, e por me apoiarem durante todo esse processo de desenvolvimento. Aos meus irmãos Eduardo e Lucas, eu agradeço intensamente pelas palavras e gestos carinhosos, e acima de tudo, pela paciência e compreensão. Para completar a família, agradeço aos meus cachorros Skip e Thor pela companhia nas noites longas de estudos e de desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço aos meus parentes por toda consideração e apoio, principalmente nessa fase final de graduação. Destaco aqui minhas tias Maria Isabel, que me auxiliou na edição final do trabalho; Maria Jailsa, e Sonia, pelo incentivo e por compreenderem a importância deste trabalho para mim; e minhas primas Beatriz, Vitória, Natália e Isabela. Agradeço também às minhas amigas Kelly e Juliana, que são praticamente minhas irmãs e me apoiam em todas as minhas conquistas.

Ao escotismo, eu agradeço por me ofertar a base de desenvolvimento educacional desde meus 9 anos de idade até os dias de hoje, base essa que se tornou fundamental para a realização do Projeto Saúde Para Moradores de Rua. Destaque especial para meus chefes escoteiros Wilson Moreno, Julio Fernandes Rodrigues, Moema Lopes Barbosa, e ao 92º Grupo Escoteiro Caio Vianna Martins.

Aos meus amigos Eduardo, Luciana, Mariana, Thiago e Renata eu agradeço pelo carinho, apoio e compreensão que me deram desde a escola até os dias de hoje. Junto a eles, agradeço também o incentivo ofertado pelos meus professores de Ensino Médio, Vera Lúcia, Christina Fonseca, Suzana Mello, Edmilson Pereira e pela Irmã Priscilla Moreira. A vocês fica o meu “Grato, gratíssimo”.

Agradeço a minhas amigas Nívia e Thamyris que, assim como eu, aceitaram o desafio de se formar na graduação em Saúde Coletiva, e me ajudaram muito nesse processo. E por último, mas não menos importante, eu agradeço demais a minha orientadora Neide, que mais do que orientar, foi no fundo, uma grande amiga que conquistei na graduação.

RESUMO

ROCHA, Patrícia Batista. **Análise de uma experiência em educação em saúde à luz da pedagogia de Paulo Freire**: o projeto saúde para moradores de rua. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A população em situação de rua vive processo de exclusão social, cuja vulnerabilidade extrapola o âmbito social. Esse fator pode significar exclusão dos serviços de saúde, impedindo os indivíduos desse grupo de terem atendimento de boa qualidade ou mesmo de acesso aos serviços de saúde. Considerando esse contexto, foi realizado um projeto de educação em saúde, dirigido a essa população, conduzido por duas estudantes da área de saúde que fazem parte do movimento escoteiro. O presente trabalho tem o objetivo de analisar a experiência com os moradores de rua, à luz da pedagogia problematizadora e dialógica de Paulo Freire. As anotações realizadas durante o desenvolvimento do projeto foram tomadas como registros de campo, bem como o relatório final enviado à coordenação do grupo escoteiro, servindo de substrato para a análise proposta. Da releitura dos registros e do seu cotejamento com as principais obras de Paulo Freire, foram identificados e discutidos quatro temas: o morador de rua como indivíduo oprimido; as oportunidades “perdidas” na experiência; diferenças entre estratégias utilizadas e pressupostos pedagógicos; e transformação de vínculos: entre o êxito técnico e o sucesso prático. Como conclusão, vislumbrou-se, por um lado, as possibilidades de ampliar o escopo da abordagem educativa realizada, ao ter a pedagogia de Paulo Freire como parâmetro. Por outro lado, a experiência, não tendo necessariamente logrado um êxito técnico, no sentido de garantir a prevenção das patologias trabalhadas durante o processo, propiciou o vínculo entre os participantes (educadores-educandos), que apontam para o sucesso prático da atividade realizada.

Palavras-chave: População em situação de rua. Educação em saúde. Escotismo. Paulo Freire.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EUA	Estados Unidos da América
HIV / AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS (WHO)	Organização Mundial de Saúde (<i>World Health Organization</i>)
SUS	Sistema Único de Saúde
SP	Estado de São Paulo
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde, do estado Rio de Janeiro
TB	Tuberculose
DST	Doença Sexualmente Transmissível
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 POPULAÇÃO DE RUA.....	10
2.1 SAÚDE COMO DIREITO E POPULAÇÃO DE RUA.....	12
2.2 A SAÚDE DOS MORADORES DE RUA	14
3 TEORIAS E TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE	17
3.1 TENDÊNCIAS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	20
4 PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE	24
4.1 O MÉTODO	26
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
5.1 SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA	29
6 RESULTADOS	35
6.1 DA PEDAGOGIA DO OPRIMIDO A UMA PEDAGOGIA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	35
6.2 “OPORTUNIDADES PERDIDAS”	36
6.3 DIFERENÇA ENTRE ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS.....	37
6.4 TRANSFORMAÇÃO DOS VÍNCULOS: ENTRE O ÊXITO TÉCNICO E O SUCESSO PRÁTICO	38
7 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS	42
ANEXO.....	44
ANEXO A – PÓS-TESTE ELABORADO PELAS COORDENADORAS E PREENCHIDO PELOS MORADORES DE RUA	45

1 INTRODUÇÃO

Desde seus primórdios, o movimento escoteiro vem sendo difundido em todo mundo, tendo como missão contribuir para a educação dos jovens a fim de que desempenhem um papel construtivo na sociedade.

O Movimento Escoteiro surgiu em 1907-1908, em Londres, na Inglaterra, tendo por fundador Robert Stephenson Smyth Baden-Powell, cujo livro de sua autoria, Escotismo para Rapazes, constitui-se na obra sobre a qual se baseia todo o movimento, considerada a bíblia do escotismo.

O escotismo é um movimento educacional para jovens, sem vínculos político-partidários, contando com a participação de adultos voluntários e valorizando a participação de pessoas de todas as origens sociais, de acordo com seus propósitos, seus princípios e seu método.

Seguindo os preceitos do seu fundador, a metodologia para a formação do escoteiro, dentre outras, prevê atividades voltadas para a comunidade. Essas informações sobre o escotismo foram sintetizadas a partir das informações disponíveis online no site da União dos Escoteiros do Brasil.

Nesse contexto de formação no escotismo e com a proposta de realizar trabalho dirigido à comunidade, foi desenvolvido um projeto visando disseminar informações sobre cuidados com a saúde em uma instituição filantrópica religiosa, que tem por missão acolher pessoas adultas em situações de abandono e risco social e que se enquadrem no perfil de moradores de rua/dependentes químicos, no intuito de possibilitar que refaçam suas vidas.

O referido projeto foi realizado por duas pioneiras¹ que também eram estudantes na área da saúde, uma, de Medicina, e a outra, de Saúde Coletiva.

Especialmente no âmbito do curso de graduação em Saúde Coletiva, o posterior contato com disciplinas como Educação em Saúde e Saúde e Sociedade, suscitou indagações acerca dos pressupostos pedagógicos que nortearam referida iniciativa, a despeito da avaliação inicial de que a experiência havia sido bem sucedida.

Tendo como parâmetro os pressupostos de educação em saúde pautados na pedagogia problematizadora e dialógica de Paulo Freire, se pretende analisar o desenvolvimento de atividade educativa realizada junto a frequentadores de instituição de abrigo para moradores

¹ Denominação para jovens no escotismo com idade entre 18 a 20 anos. São considerados os jovensadultos.

de rua/usuários de drogas, no Rio de Janeiro, realizada no período de junho a novembro de 2011.

Visando esse propósito, será inicialmente apresentada revisão de literatura relativa ao tema em questão. Ao evocar a pedagogia de Paulo Freire para analisar projeto destinado aos moradores de rua, faz-se necessário, primeiramente, contextualizar essa população.

2 POPULAÇÃO DE RUA

O termo “população em situação de rua” recebe diferentes classificações, sendo que no Brasil, é mais expresso a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar². Dentre as principais classificações para especificar essa população, encontramos:

- Processo no qual a preservação biológica é única atividade dos indivíduos, distanciando-os do exercício pleno das potencialidades da condição humana (SCOREL, 1999 *apud* BRASIL, 2012);
- Desfiliação (CASTELL, 1997 *apud* BRASIL, 2012);
- E uma terceira classificação que se refere ao:

Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular. (FERREIRA, 2005 *apud* BRASIL, 2012).

Em 2007, o governo federal realizou um censo para população em situação de rua, abrangendo 71 municípios brasileiros, com os seguintes resultados (BRASIL, 2012):

- Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referiam aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%); dados esses que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro.
- Em relação ao local onde dormia: a maioria (69,6%) costumava dormir na rua; 22,1% em albergues ou outras instituições; e apenas 8,3% costumavam alternar, ora dormindo na rua, ora em albergues. Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir em albergue, 69,3% apontaram a violência como o principal motivo da não preferência por dormir na rua e a segunda principal razão foi o desconforto (45,2%). Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir na rua, 44,3% apontaram a falta de liberdade como o principal motivo da não preferência por dormir em albergue, sendo o horário (27,1%) a segunda razão principal pela não preferência ao albergue e a terceira, a proibição do uso de álcool e drogas (21,4%), ambos igualmente relacionados com a falta de liberdade.

² Nos EUA, a expressão “homeless” (sem-teto) é utilizada para caracterizar pessoas em situação de desabrigo. Na França, são caracterizadas como pessoas sem domicílio fixo (VARANDA, 2004).

- Quanto à formação escolar: 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever; 17,1% não sabiam escrever; e 8,3% apenas assinavam o próprio nome. Constatou-se que a maioria (95%) não estudava.
- Em relação aos vínculos familiares, 51,9% dos entrevistados possuíam algum parente residente na cidade onde se encontravam, porém 38,9% deles não mantinham contato com esses parentes e 14,5% mantinham contato em períodos espaçados (período de até um ano); 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento que mantinha com os parentes que viviam na mesma cidade, e 29,3% consideravam esse relacionamento ruim ou péssimo.
- Quanto à alimentação, a maioria (79,6%) conseguia fazer ao menos uma refeição por dia, sendo que 27,4% comprava comida com seu próprio dinheiro. Contudo, 19% não conseguiam se alimentar todos os dias (ao menos uma refeição por dia).
- Ao se referir à saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, cuja maior prevalência encontrou-se em problemas como: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/AIDS (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Dos entrevistados, 18,7% faziam uso de algum medicamento. Postos/centros de saúde eram as principais vias de acesso a esses medicamentos. Daqueles que os utilizavam, 48,6% afirmaram consegui-los por esse meio. Quando doentes 43,8% procuravam em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% buscavam o posto de saúde.
- Hábitos de higiene: os principais locais utilizados por esse público, paratomar banho, eram a rua (32,6%); os albergues/abrigos (31,4%); os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos (5,2%). Os principais locais utilizados para fazer suas necessidades fisiológicas foram à rua (32,5%), os albergues/abrigos (25,2%), os banheiros públicos (21,3%), os estabelecimentos comerciais (9,4%) e a casa de parentes ou amigos (2,7%).
- Os dados apresentados mostram a pertinência das classificações propostas para a realidade brasileira, indicando como a globalização e o avanço tecnológico, apesar de possibilitarem certos benefícios, têm produzido, também, consequências negativas, como a contribuição para o aumento das desigualdades sociais, para falta de garantias sociais de grande parcela da população. “A desigual distribuição de bens sociais, a discriminação, o desrespeito às diferenças, a incerteza, a involução de valores não são anomalias, mas constituintes do pensamento globalizado e do processo econômico em curso” (COSTA, 2005).

Nesse contexto de intensidade dessas desigualdades e a ausência de oportunidades, encontra-se a população de rua, que é composta por pessoas de realidades distintas, mas que possuem em comum a condição de pobreza extrema e a falta de pertencer à sociedade formal. São homens, mulheres, jovens, famílias inteiras, grupos que têm em sua história de vida a referência de ter realizado alguma atividade laboral, fundamental na constituição de suas identidades sociais e que, com o tempo, algum infortúnio atingiu suas vidas (seja perda do emprego, seja rompimento de algum laço afetivo ou outro motivo), implicando, gradativamente, na perda da perspectiva de projeto de vida e passando a utilizar o espaço da rua como sobrevivência e moradia (COSTA, 2005).

Essa população fixa-se predominantemente nas áreas centrais das cidades, onde comércio e serviços em geral se concentram, atraindo maior afluxo de pessoas, o que possibilita a obtenção de alimentos e alguns recursos financeiros, sendo que, no período noturno, esses locais ficam praticamente despovoados e se transformam em abrigos. (CARNEIRO JUNIOR, 1998).

Costa (2005) aponta que a população de rua é, principalmente, resultado do processo de exclusão social que existe no Brasil. A exclusão social é caracterizada pela falta de pertencer a um grupo social, falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de autoestima. A condição de morador de rua pode produzir consequências na saúde geral dessas pessoas, em especial na saúde mental. Nessa situação, a pessoa fica exposta ao mundo do tráfico de drogas, levando à relativização de valores, com padrões e perspectivas de emancipação social muito restrito.

O cuidado para com a população de rua parece ter sido inaugurado pela Igreja Católica, entre as décadas de 1970 e 1980, por meio da Pastoral do Povo da Rua, notadamente em São Paulo e Belo Horizonte, iniciando movimento de organização de pessoas em situação de rua, com a implantação de casas de assistência a este público, organização de movimentos de representação popular – principalmente em relação aos catadores de material reciclável, e realização de eventos e comemorações de mobilização social de cunho local (BASTOS, 2003; CANDIDO, 2006 *apud* BRASIL, 2012).

2.1 SAÚDE COMO DIREITO E POPULAÇÃO DE RUA

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) (1946), saúde é “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”; e conforme o 2º artigo da Lei 8.080 de 1990, levando em consideração o disposto na

Constituição Federal Brasileira sobre o direito à saúde, indica que “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Para atender à saúde da população, foi criado, em 1988, o sistema de saúde do Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde), que adota o conceito ampliado de saúde (conceito da OMS) e abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos. Tem como principais princípios: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário³.

No entanto, devido ao processo de exclusão social, o morador de rua, assim como quase toda a população de rua em si, desconhece todos esses princípios do SUS, e consequentemente, seus direitos como cidadão. A prova disso é a dificuldade, agravada pela situação de ser morador de rua, no acesso aos serviços de saúde, no atendimento, geralmente, mal realizado, a discriminação e preconceitos, tanto por parte dos outros usuários do serviço como por parte dos prestadores de serviço (ARISTIDES, 2009).

No aspecto de assistência à saúde, são encontradas outras dificuldades como: falta de albergues adequados para a administração de medicamentos controlados; locais para higiene corporal; dificuldades no acesso aos recursos terapêuticos e inabilidade dos profissionais de saúde no trato com este tipo de população (CARNEIRO JUNIOR, 1998).

Apesar disso, há programas de saúde em alguns municípios que atendem a esta população de rua, como o Programa A GENTE NA RUA, realizado em 2003, – programa decorrente da ação da reivindicação dos moradores de rua ao acesso aos serviços de saúde – cuja base é o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, em São Paulo/SP⁴, e o atendimento no Centro de Saúde-Escola Barra Funda, também localizado em São Paulo/SP, que começou a dar atendimento aos moradores de rua, a partir da metade da década de 90⁵; porém isso é algo que deve ser encorajado a se expandir para todo o país, uma vez que a população de rua faz parte de nossa sociedade e merece o respeito aos seus direitos, assim como o de todos os

³ Descrito na Lei 8.080/1990.

⁴ Estudo de Canônico *et al.* (2007)

⁵ Estudo de Carneiro Junior (1998)

cidadãos. Do mesmo modo, essa população também deve ter acesso a informações relacionadas à saúde, doença, prevenção e tratamento/cura.

2.2 A SAÚDE DOS MORADORES DE RUA

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que

prevê como princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. (BRASIL, 2012).

Com isso, essa política observa as condições de vulnerabilidade vivenciadas por essa população possibilitarem riscos maiores para a saúde desse grupo, representando um desafio para a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade (BRASIL, 2012).

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou o *Manual Sobre O Cuidado À Saúde Junto A População Em Situação de Rua*, que, pretendendo ampliar o acesso e qualidade da atenção integral à saúde dessa população, propõe uma política pública de saúde voltada para essa população, tendo a atenção básica como porta de entrada privilegiada à rede do SUS, utilizando-se como estratégia Consultórios na Rua⁶. Esses consultórios são formados por equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde a uma determinada população em situação de rua. As atividades são realizadas, desenvolvendo-se ações compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde. Essa estratégia lida com os diferentes problemas e necessidades dessa população e por isso devem ser integradas às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012).

Para essa população, a saúde física torna-se mais complexa de tratar devido a inúmeros determinantes de saúde bastante específicos. Isso ocorre pelo fato de o morador de rua sofrer um número maior de doenças de pele, por dormir no chão; por compartilhar espaços aglomerados, agasalhos, cobertores e papelão, geralmente sujos; por ficar mais tempo sem tomar banho; por ter uma alimentação inadequada e insuficiente; estar submetido às

⁶ Instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica, integram a atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e buscam atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2012).

alterações climáticas, vivendo sob intenso nível de estresse, além do medo de ser roubado ou agredido, sendo constatados outros problemas de saúde, tais como úlceras tróficas, ferimentos infeccionados e queimaduras (ARISTIDES, 2009), muitas vezes provocadas por atos criminosos.

A doença que mais atinge a população em situação de rua – assim como também atinge mais da metade da população brasileira – é a tuberculose, que mais mata portadores de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo. Para Barreira⁷ (*apud* SCHAEFER, 2011), os casos de tuberculose entre os moradores de rua podem ser até 70 vezes maior em relação à média nacional, sendo uma das maiores dificuldades do atendimento ao morador de rua nos serviços de saúde é o preconceito, que impede o acolhimento desse indivíduo no SUS.

Com uma unidade móvel para estudar a prevalência da tuberculose na população de rua, traçar um mapeamento de circulação dessas pessoas e oferecer assistência qualificada aos doentes – tendo, assim, uma possibilidade mais ágil na investigação do diagnóstico –, Zuim⁸ (*apud* RIO DE JANEIRO, 2011) explica que a oportunidade de estar junto a essa população de rua é, na maioria das vezes, única. Quanto às instituições de abrigo, são procuradas pela população de rua em busca de moradia, banho e alimentação, e, depois de algum tempo, retorna-se às ruas, o que sugere que tratamento/cura da tuberculose não fazem parte da vida dessas pessoas, tornando-se indivíduos disseminadores da doença.

Infelizmente, estas pessoas enfrentam inúmeros obstáculos para garantir sua sobrevivência. Elas estão inseridas em uma dinâmica de vida muito peculiar: não se alimentam corretamente, possuem dificuldades de relação com instituições e estão com vínculos quebrados. Todos esses aspectos dificultam o acesso ao tratamento da TB, como é chamada mundialmente a doença. (ZUIM *apud* RIO DE JANEIRO, 2011).

Dentre os inúmeros riscos dos quais a população em situação de rua fica exposta, como a alimentação incerta e em baixas condições de higiene ou asinúmeras violências, vale destacar a privação de afeição.

o relato de muitas pessoas que vivem nas ruas nos permite identificar alguns olhares por elas recebidos dos passantes. Olhar de medo, dos que apressam o passo, evitando uma abordagem; olhar de nojo, pela situação de higiene em que algumas se encontram; olhar de piedade, pelas condições de violação da dignidade sofrida; olhar de raiva dos que as culpabilizam pela própria condição; e o não olhar, ou seja, o olhar da indiferença. É comum para a equipe de saúde, ao abordar alguém à noite numa calçada de qualquer grande cidade, ser a primeira pessoa com quem ela conversará naquele dia. (BRASIL, 2012, p. 52).

⁷ Coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

⁸ Médica e coordenadora do Projeto Fundo Global para a Tuberculose no município Rio de Janeiro.

Diante do panorama envolvendo população em situação de rua e saúde, ficam questões sobre as quais é necessário refletir: como ampliar a noção de saúde – não a considerando apenas como ausência de doença –, se a atenção às patologias tem se restringido, quando muito, aos serviços de urgência e emergência? Como pensar em educação em saúde, nesse contexto de falta de acesso à atenção à saúde?

Considerando a generalidade do termo “educação em saúde”, vale situá-la no contexto das principais teorias e tendências pedagógicas que vêm informando o campo e as práticas de saúde.

3 TEORIAS E TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE

Ao entender que o homem tem seu desenvolvimento e interação no meio em que vive e que as tendências pedagógicas acompanham as posturas político- filosóficas de nossa sociedade, é fundamental compreender as diversas concepções de educação e saúde e a relação entre elas, uma vez que ambas concretizam-se em ações cuja essência é a “promoção do homem” (SAVIANI, 1989 *apud* SCHALL, 1995).

A educação é definida como uma disciplina que se realiza como ciência prática da e para a práxis⁹ educacional (SCHMIED-KOWARZIK, 1988 *apud* SCHALL, 1995), sendo esta desenvolvida a partir de uma intenção ou reflexão específica com ação concreta sobre a realidade. Caracteriza-se por ser social, já que se desenvolve no contexto cultural específico das relações humanas e posições definidas pela organização da sociedade. A especificidade da práxis encontra-se no processo de apropriação ou construção do saber (SCHALL, 1995), que ligado à promoção do homem, torna o mesmo cada vez mais capaz de conhecer os elementos de uma situação para intervir e transformar a mesma, o que torna fundamental a relação entre as concepções de homem e sociedade, teorias pedagógicas e práticas educativas.

Enquanto a pedagogia trata da realização da apropriação do conhecimento, a didática trabalha o método no qual é realizada a construção do saber. Para explicar o fenômeno educativo, podem ser utilizadas diversas formas, mas as mesmas não são capazes de explicá-lo exaustivamente, pois cada teoria pedagógica termina por privilegiar um ou outro aspecto do fenômeno, o que implicará na não revelação da sua natureza multidimensional. Elementos afetivos e cognitivos são inerentes ao processo pedagógico, o qual pressupõe o relacionamento humano e o crescimento e desenvolvimento do indivíduo (SCHALL, 1995).

Ao sistematizar as principais tendências ou abordagens do processo de ensino-aprendizagem, é possível observar que estas possuem como elementos de análise os conceitos de homem, mundo, sociedade/cultura, conhecimento, educação, ensino, metodologia e avaliação, além de observar como as mesmas influenciam a prática educativa no âmbito da saúde. São elas a abordagem humanista, a abordagem tradicional e a abordagem político-social (SCHALL, 1995).

A abordagem humanista entende que o homem vive em constante processo de recriação de si próprio na busca da sua auto-realização, e que possui consciência autônoma, o que lhe permite significar e optar, implicando em ter uma interpretação pessoal da realidade e

⁹ União entre prática e teoria, ou seja, a prática só tem sentido se segue uma teoria e vice-versa. “A prática refletida é a práxis, e é a que indica o caminho certo a ser buscado” (FREIRE *apud* CECCIM, 2005).

tornando o conceito de realidade em um fenômeno subjetivo. A objetividade da realidade consiste em cada indivíduo, implicando o fato de que nenhum conhecimento é seguro. É inerente ao ser humano a curiosidade e a motivação; e a experiência pessoal é base de todo o conhecimento. A partir desta concepção, entende-se que a escola deve ser um espaço que garanta a liberdade do indivíduo para aprender de forma autônoma e as experiências de ensino- aprendizagem são caracterizadas pela não diretividade e pela abertura à experimentação, fazendo com que o indivíduo estabeleça seus objetivos e métodos, ou seja, o aluno não se torna mero receptáculo de informações. Nesse espaço, o professor ocupa o papel de facilitador de aprendizagem, propiciando um clima favorável ao desenvolvimento do aluno (SCHALL, 1995). Esta abordagem também é conhecida como Concepção da Escola Nova, que trata do ser marginal¹⁰ como o rejeitado ou desajustado socialmente, sendo a educação responsável por incluí-lo e ser aceito socialmente nas suas diferenças individuais. A contribuição desta teoria é a valorização dos conhecimentos específicos psico-cognitivos dos alunos e da sua necessidade para qualificar o processo de ensino-aprendizagem. Seu limite encontra-se na exacerbação da crítica da pedagogia de transmissão de conhecimento, ocasionando na desvalorização dos conteúdos e da função do professor, o que implica no não acesso aos recursos fundamentais para a formação discente (MONTEIRO, 2012).

Na abordagem tradicional, também conhecida como Concepção Tradicional, a realidade é encarada como algo dado e objetivo e o comportamento humano é visto como a expressão do conhecimento. O conhecimento é considerado algo novo para o indivíduo, que é ignorante e nada sabe. O homem é produto do meio em que vive e essa relação é produzida pelo estímulo, pela resposta e pelas consequências. Logo, o ambiente social forma e preserva o comportamento, que é manipulável através da construção de condições necessárias ao seu controle. A educação é entendida como transmissão de conhecimentos (sendo estes validados pelos grupos de maior poder na sociedade e que, portanto, não podem ser questionados); é promover mudanças e a aquisição de novos comportamentos, considerados desejáveis e úteis à sociedade. Os elementos fundamentais são o processo do ensino-aprendizagem, a metodologia e a avaliação. Segundo Monteiro (2012), ao aluno (ou marginal, como também pode ser entendido o ser ignorante), cabe aptidão para receber os conhecimentos dados pelo professor e reproduzir os mesmos, sendo a memória uma habilidade cognitiva fundamental nesse processo; enquanto que ao professor é entregue a responsabilidade de transmitir os conteúdos, sendo o centro do processo educativo e possuindo a capacidade da comunicação e

¹⁰ Marginal sendo entendido não como o ser que transgride a lei ou regra socialmente aceita, mas sim como o ser que não está inserido na sociedade, que está à margem desta (MONTEIRO, 2012).

domínio do conhecimento (SCHALL, 1995; MONTEIRO, 2012).

“O aluno é considerado como uma ‘página em branco’ onde novas ideias e conhecimentos de origem exógena serão impressos” (BORDENAVE, 1989).

A ideia central é a retenção de informações e conceitos para serem reproduzidos para gerações futuras, por meio da repetição de exercícios sistemáticos. Deste modo, a principal estratégia é a aula expositiva, já que é a técnica mais eficiente para transmissão de conhecimento (MONTEIRO, 2012).

Na saúde é utilizada a técnica da palestra para transmitir à população conhecimento sobre certa doença como seus meios de prevenção, formas de contágio, entre outros. A limitação dessa concepção é que a aquisição de conhecimentos não é o suficiente para enfrentamento de situações ou para mudanças de atitudes (MONTEIRO, 2012). É a base para o modelo de mudança de comportamento. As consequências no nível individual são a elevada absorção de informação; passividade do aluno, gerando a falta de atitude crítica; distância entre teoria e prática; e falta de problematização da realidade, enquanto no nível social são o individualismo; a falta de participação e de cooperação; falta de conhecimento da própria realidade; e manutenção da divisão de classes sociais (BORDENAVE, 1989).

Essas abordagens são definidas pela compreensão de que a educação não influencia nem é influenciada pela sociedade. À educação cabe a tarefa de incluir os marginais em uma sociedade imutável, não problematizando-a, fazendo com que a educação adquira um caráter suprassocial, ou seja, não está ligada a qualquer tipo de interesse, mas serve a todos. Defendem que só por meio da educação as desigualdades sociais podem ser reduzidas, uma vez que a marginalidade estará resolvida sem que sejam considerados aspectos constituintes de poder que determinam esta marginalidade. Por este motivo, essas teorias são caracterizadas como ingênuas, uma vez que atribui à educação uma função social sem ter a preocupação da relação existente entre a educação e a sociedade (MONTEIRO, 2012).

A abordagem político-social entende que homem e mundo estão em constante interação, sendo o homem ser da práxis (ação ou reflexão), inserido num contexto socioeconômico cultural específico (SCHALL, 1995). Abrange um conjunto de teorias chamadas de críticas e pós-críticas, que compreendem a educação como reprodutora da sociedade e de suas desigualdades, mas também compreendem educação como um espaço de problematização e mutação da sociedade. Uma grande contribuição para esta abordagem foi a obra e o Método de Paulo Freire (MONTEIRO, 2012), que será mais explicitado no capítulo seguinte, tal qual o aprofundamento desta teoria.

Com estas abordagens pedagógicas, pode-se dizer que há dois tipos principais de

aprendizagem: a mecânica (ou por assimilação), que está relacionada e determinada pelo estímulo dado e a capacidade de resposta do indivíduo a este estímulo, utilizando estratégias de repetição como condição para a aprendizagem (sem se preocupar com os significados que os alunos dão), desenvolvendo assim a memória; e a significativa, que consiste na construção de significados e sentidos pelos alunos a partir do estabelecimento de conexões entre a informação nova e a preexistente. Distingue-se da primeira aprendizagem apresentada, pois seu conteúdo é relacionado aos conhecimentos prévios do aluno, enquanto a mecânica deve adotar uma ação para a tarefa de aprendizagem, dotada de significados próprios dos conteúdos assimilados (MADRUGA, 1996 *apud* MONTEIRO, 2012).

Ausubel (*apud* MONTEIRO, 2012) discorre três condições necessárias para que a aprendizagem significativa ocorra: os novos conhecimentos devem ser substanciais a fim de que o sujeito possa relacioná-los aos saberes que já possui; dependente da estrutura cognitiva prévia do indivíduo; e da disposição significativa por parte do mesmo. Descreve ainda que a aprendizagem pode-se dar por descoberta do aluno, através das atividades propostas pelo professor; ou por recepção de informação pronta e a partir desse momento, cabe ao aluno atuar ativamente sobre essa informação (AUSUBEL *apud* MONTEIRO, 2012).

Quando se discute vulnerabilidade, é preciso ter em mente o caráter dinâmico dessa condição, o enfrentamento e problematização dos fatores condicionantes, e determinantes da vulnerabilidade, para assim modificar os contextos em que a vulnerabilidade encontra-se presente. Isso demonstra que apenas pedagogias que tenham como pressuposto a criação de condições para modificações dos contextos

– sendo estas modificações promovidas por atividades educativas baseada na aprendizagem significativa, ou seja, com problematização da realidade – são consideradas mais pertinentes. (MONTEIRO, 2012)

Para observar como essas abordagens pedagógicas se inserem no campo da saúde é necessário fazer um panorama histórico geral, partindo da origem da educação em saúde até os diferentes paradigmas de educação em saúde, entendendo a mesma como uma estratégia de promoção da saúde.

3.1 TENDÊNCIAS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde surgiu no século XX, nos Estados Unidos, como uma proposta de disciplina caracterizada como ação educativa na área da saúde, traduzida em práticas pedagógicas relacionadas ao higienismo, com ênfase didática e orientada pela veiculação de

informações, tendo um foco com visão biomédica da saúde. Com a mudança nos padrões de morbi-mortalidade e o reconhecimento da influência de estilos e hábitos de vida na causa da doença, a ênfase voltou-se para o comportamento individual, seguindo a ênfase na produção social da doença, tornando ações voltadas para o desenvolvimento da comunidade e mudança social (SCHALL, 1995).

Com a definição holística de saúde, que inclui aspectos físico, mental, social, espiritual, sexual, a educação em saúde torna-se uma definição mais ampla de um processo de capacitação das pessoas para alcançarem a saúde através da escolha pessoal e responsabilidade social, constituindo estratégia fundamental para a promoção da saúde¹¹, que é caracterizada como uma combinação da educação em saúde e defesa da saúde, incluindo políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde (SCHALL, 1995).

A partir das perspectivas de que a educação em saúde envolve a aprendizagem sobre as doenças (seus efeitos sobre a saúde, como preveni-las, como se recuperar delas) e inclui fatores sociais que afetam a saúde – abrangendo a participação de toda a população no contexto da vida cotidiana –, são descritos alguns diferentes paradigmas de educação em saúde: o modelo de mudança de comportamento; o modelo de autofortalecimento; modelo de orientação comunitária; modelo socialmente transformador; o modelo de autonomia afetiva e responsabilidade sócio-ecológica; e o modelo de ação coletiva, que não será abrangido aqui de forma específica, mas que consiste em que a saúde seja alcançada através da mudança de fatores ambientais (SCHALL, 1995).

O modelo de mudança de comportamento, baseado na Concepção Tradicional, é centrado no que o especialista acha que o cliente deve fazer ao sugerir medidas de prevenção baseadas na visão biomédica da saúde. Mesmo tendo três níveis de prevenção¹², o mais utilizado como estratégia pelos governos para o modelo de mudança de comportamento é o da prevenção primária, com a utilização da comunicação em massa. Os riscos ocasionados pela estratégia constituem-se na possibilidade de causar confusões e ansiedades desnecessárias, provocadas pelas possíveis distorções da informação ou da não tradução da mesma nas

¹¹ Estratégia promissora que visa enfrentar os inúmeros problemas de saúde que afeta as populações, propondo articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para enfrentamento e resolução do processo saúde-doença e seus determinantes, partindo da concepção ampla desse mesmo processo (BUSS, 2000).

¹² Os três níveis referem-se às prevenções primária, secundária e terciária. A prevenção primária corresponde às intervenções sobre os agentes patógenos e seus vetores; a prevenção secundária visa propiciar a melhor evolução clínica para os indivíduos afetados, considerando que ela atua quando a doença está instaurada; e a prevenção terciária tem o objetivo de melhorar as condições de vida em situações de sequelas ou cronificação da doença (AYRES *et al*, 2012).

mudanças de comportamento desejadas. O uso dessa estratégia é indicado para mudanças de comportamentos quando se trata de ações simples (SCHALL, 1995).

Com orientação humanista, o modelo de autofortalecimento encoraja o uso da aprendizagem participativa e enfatiza o uso de recursos pessoais para ampliar as chances de manutenção de uma vida saudável. Autofortalecimento é definido como um processo no qual as pessoas desenvolvem habilidades, compreensão e consciência a partir de uma questão, de modo a agir baseadas em uma escolha racional (HOMANS; AGLETTON, 1988 *apud* SCHALL, 1995). No entanto, devido a alguns entendimentos que se tem com o conceito de autofortalecimento, esse mesmo conceito pode levar a impor limites na autonomia do indivíduo, impedindo seu autofortalecimento. Deste modo, é considerado que o autofortalecimento seja um primeiro estágio para auxiliar as pessoas a se tornarem mais confiantes e assim ampliando sua participação social.

O modelo de orientação comunitária defende a ideia de que o indivíduo é responsável pela própria saúde e que as pessoas devem atuar coletivamente no ambiente e nos fatores da comunidade que afetam sua saúde. Há dois tipos de orientação: a que a escolha da estratégia vem do educador, e nesse caso há a limitação de pressupor o consenso entre o educador, as pessoas envolvidas e os administradores dos serviços de saúde; e a que se fundamenta na visão do grupo organizado em torno de uma questão específica de saúde (nesse tipo de orientação, o sucesso encontra-se na correta identificação das necessidades de saúde e planejamento de programa que vão de encontro a essas necessidades) (SCHALL, 1995).

Ao criticar os modelos anteriores por serem incapazes de afetar as desigualdades sociais que impedem ou limitam as oportunidades para formas de vida mais saudáveis, o modelo de transformação social considera a saúde e o bem-estar individual, além de pretender a mudança social através dos movimentos coletivos organizados. Há quatro aspectos próprios do modelo que os educadores precisam considerar (HOMANS; AGLETTON, 1988 *apud* SCHALL, 1995): ideias, em que o conhecimento médico deve tornar-se mais acessível e separar argumentos científicos dos morais; relações sociais, baseada na justiça social para a transformação; processos políticos; em que educandos e educadores participam da reestruturação dos serviços de saúde; alocação de recursos, em que educandos e educadores controlam o acesso de recursos para a saúde.

No modelo de autonomia afetiva e de responsabilidade socioecológica, embora o conhecimento seja importante e essencial para a mudança de comportamento, às vezes não é o suficiente, existindo, então, um hiato entre a aquisição do saber e a nem sempre consequente mudança de comportamento. Destacando que a educação tem falhado por não considerar

aspectos afetivos no processo de construção de conhecimento e dando prioridade para o acúmulo de saber, o modelo propõe a construção de valores e conceitos afetivos a partir de processos e situações de autovalorização, estando o educador envolvido e participando ativamente. Esse modelo pode ser mais efetivo, pois com a construção de conceitos afetivos, há o desenvolvimento da autoestima e da responsabilidade social e ecológica, implicando no fortalecimento no substrato emocional da consciência e na valorização à vida (SCHALL, 1995).

É necessário que tanto a população como os profissionais de saúde compreendam as abordagens a fim de que assumam uma postura crítica e construtivista em relação à forma de organização e participação nos programas de promoção à saúde.

Na abordagem humanista, o autofortalecimento considera uma perspectiva subjetiva, individualista e afetiva do processo, no entanto o elemento afetivo é restritivo, pois se desloca da análise do contexto onde é gerado e dos aspectos socioculturais que o influenciam. Já a abordagem que privilegie o diálogo e o conhecimento mútuo de valores indica o caminho mais sólido para as mudanças necessárias, incluindo aspectos afetivos e informações e fatos necessários à tomada de decisões.

Conclui-se que a prática estabelecida com continuidade e devidamente avaliada poderá atestar a sua efetividade para o exercício de uma cidadania plena e responsável, bem como para alcançar condições mais dignas (SCHALL, 1995), propiciando uma melhora na qualidade de vida.

4 PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE

Para entender a pedagogia de Paulo Freire, é necessário, *a priori*, ter uma noção das relações sociais que existem em nossa sociedade capitalista. Com a divisão de classes pré-determinadas pelo capitalismo, pode-se observar as desigualdades sociais através das relações de exploração que há entre ricos e pobres, empregadores e empregados, entre outros.

Esse vínculo coloca o sujeito explorado numa situação vulnerável em relação ao explorador, o que faz com que o primeiro, de certo modo, tema o segundo. O medo criado a partir dessa relação e a vulnerabilidade implicam na acomodação do sujeito quanto à situação e não o permite enxergar possibilidades de melhorar suas condições de trabalho e de vida. Esse sujeito é o que Paulo Freire denomina de “oprimido” em sua obra *Pedagogia do Oprimido*.

Em sua metodologia de educação, Freire (1987) aponta a necessidade que há desse sujeito se libertar dessa opressão, principalmente para se conhecer melhor. Para alcançar essa liberdade, a educação torna-se o instrumento fundamental.

A educação é entendida por Paulo Freire não como a transmissão de conhecimento, mas sim um processo de diálogo entre educador e educando. Freire critica a chamada educação bancária, a que considera que um indivíduo é quem sabe muito e outro indivíduo nada sabe e que é missão do primeiro transmitir um pouco do que sabe para o segundo. “A Educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam significação dos significados” (FREIRE, 1976 *apud* MONTEIRO, 2012).

A crítica baseia-se justamente no fato de que essa pedagogia não acredita que o educando possa ser possuidor de saberes, não levando em consideração o contexto social, político, econômico e cultural que ele vive. Eis aí que se limita essa pedagogia, ao entender que apenas a transmissão de conhecimento resolve os problemas ocasionados pelas desigualdades sociais.

O processo dialógico proposto por Paulo Freire intervém nesta questão, afirmando que nenhum ser educa ao outro e sim que ambos se educam através do diálogo.

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa; os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987).

Para que isso ocorra, é necessário que o educador desconstrua a ideia de que o educando é um depósito de informações e aprenda a ouvir esse educando, para conhecê-lo e conhecer o contexto no qual o educando está inserido. Dessa forma, a iniciativa, o desejo de

abertura para o mundo e para o outro deve partir do educador, cabendo ao mesmo revelar suas curiosidades e dar voz ao outro. Ao conhecê-lo, o educador torna-se a par de seus saberes, medos, opiniões e emoções. É com o diálogo que se cria uma relação de confiança e afeto entre educador e educando, o que permite que um conheça o outro. Logo, pode-se dizer que são sujeitos da própria educação e que a cultura é cultivada a partir dessa relação.

Ao se considerar os valores, saberes e o contexto que o indivíduo se insere, essa relação proporciona também uma aprendizagem significativa (dependente da estrutura cognitiva do indivíduo, ou seja, de suas capacidades e habilidades), em que há a construção ativa de significados a partir das conexões entre informações novas e antigos saberes. Essa aprendizagem possibilita modificar comportamentos que interferem no grau de vulnerabilidade.

Uma dificuldade que pode ser encontrada no processo dialógico de Paulo Freire é a compreensão na comunicação do outro. Ao tentar compreender o outro, o educador, além de ter de entender sua linguagem, precisa pensar junto com o educando uma forma de encontrar soluções ou respostas para os problemas, levando em consideração a realidade que o educando vive, ou seja, condicionar a prática educativa aos valores que o indivíduo possui.

Apesar dessa dificuldade, a pedagogia freireana é indicada e adequada para muitos ramos de nossa sociedade, pois permite que o oprimido desperte a curiosidade e desenvolva a consciência crítica, através da problematização da realidade – técnica estratégica fundamental –, com o aumento da capacidade de detecção de problemas e a partir do diálogo estabelecido entre o educando e o educador.

Para a problematização da realidade, o educando é levado a olhar os problemas com seus próprios olhos e identificam seus pontos-chave. Em seguida, levantam-se hipóteses sobre as causas do problema – essa etapa é a que mais permite o desenvolvimento intelectual do indivíduo, uma vez que é a ele conferido o poder de generalização e extrapolação considerável. A etapa seguinte consiste em formular hipóteses de solução para o problema, em que o indivíduo cultiva a criatividade e originalidade. Enfim, a última etapa de aplicação das soluções propostas, em que o próprio indivíduo considera a viabilidade e factibilidade dessa aplicação, confrontando com os condicionamentos e limites de sua própria realidade (BORDENAVE, 1989).

Esse exercício implica, a nível individual, a motivação pessoal pela percepção de problemas; aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade; desenvolvimento de habilidades intelectuais; cooperação com os demais grupos; superação de conflitos. A nível coletivo tem a população conhecedora da própria realidade; métodos adequados à realidade;

cooperação na busca de soluções para problemas em comum; redução da necessidade de um líder; elevação do nível de desenvolvimento intelectual da população; e a resistência à dominação por classes (BORDENAVE, 1989).

O desenvolvimento da consciência crítica fornece a essa pedagogia o caráter político-social, pois possibilita que o indivíduo seja sujeito de sua práxis individual e da práxis histórico-social em solidariedade com os outros, tornando essa pedagogia única no ramo da educação.

Com essa consciência crítica, o sujeito tem a possibilidade de se conhecer e se libertar da opressão ocasionada pelas relações de exploração em nossa sociedade, contribuindo, assim, na autonomia do indivíduo, através das mudanças sociais que ele pode provocar no contexto sociopolítico em que está inserido. Cabe então à educação o papel de transformação da sociedade, sendo também redutor de desigualdades sociais e vulnerabilidade.

Após a Segunda Guerra Mundial, em países do Terceiro Mundo, essa pedagogia fez diferença, pois possibilitou a participação efetiva das camadas socioeconômicas mais desfavorecidas como sujeitos do processo político-cultural (SCHALL, 1995).

4.1 O MÉTODO

Após entender toda a visão que engloba a pedagogia de Paulo Freire, é necessário que se conheça o método, a técnica utilizada por ele mesmo, para entender como é possível aplicá-lo no cotidiano.

O método é constituído por dois princípios: a politicidade do ato educativo; e a dialogicidade do ato educativo.

Quanto ao primeiro princípio diz respeito à construção e reconstrução de significados de uma realidade e prevê a ação desse homem sobre esta realidade. Está relacionado ao desafio do indivíduo refletir e repensar sua história, enquanto sujeitos da mesma, promovendo a superação da consciência ingênua para a consciência crítica. Nesse quesito, o papel do educador é o de coordenar debates, problematizar as discussões para que os relatos e as opiniões surjam, conhecer o universo vocabular dos educandos, reinterpretá-los e recriá-los.

Quanto ao segundo princípio diz respeito à base da pedagogia, que é o diálogo. Buscando o humanismo nas relações, a educação de Paulo Freire tem o objetivo de promover a ampliação da visão de mundo e isso só ocorre quando esta relação é mediatizada pelo diálogo, que é uma atitude de amor, humildade e fé nos homens, no seu poder de fazer e refazer, de criar e recriar.

O método, tendo uma concepção democrática, radical e progressista de prática educativa como referência, estrutura-se em três momentos principais, interdisciplinarmente ligados entre si.

O primeiro momento se refere à pesquisa sociológica, com a investigação do universo vocabular e o que Freire (*apud* FEITOSA, 1999) chama de Estudo da Realidade, que é voltado para o estudo dos modos de vida na localidade. É perceber como o educando se sente em sua própria realidade. É conhecendo a fundo essa realidade do educando que o educador terá condições de interagir no processo, ajudando-o a definir seu ponto de partida – o tema gerador central –, que está ligado à ideia de interdisciplinaridade e tem como princípio metodológico a promoção de uma aprendizagem global, de promover a integração do conhecimento e a transformação social. Este tema gerador é que fará o recorte para cada área de conhecimento, dando origem às palavras geradoras. Esse momento inicial do método também é descrito como fase do levantamento do universo vocabular dos grupos, na obra de Educação como Prática da Liberdade, a fase da aproximação do educando e educador numa relação mais informal, carregada de sentimentos e emoções.

O segundo momento do método é voltado para a tematização, com a seleção dos temas geradores e palavras geradoras. É feita a codificação e decodificação desses temas, buscando a consciência do vivido (significado social). Com o tema gerador, é possível ir além do limite de conhecimento que o educando possui de sua própria realidade, levando o mesmo a conhecê-la e compreendê-la melhor para poder intervir criticamente. Cada palavra geradora tem o objetivo de codificação, ou seja, representar um aspecto da realidade desse educando. Para a seleção dessas palavras, devem ser seguidos três critérios: elas devem necessariamente estar inseridas no contexto social dos educandos; devem ter teor pragmático, ou seja, devem abrigar uma pluralidade de engajamento numa dada realidade social; devem ser selecionadas de modo que englobe todos os fonemas da língua (FEITOSA, 1999).

O terceiro momento trata da problematização, com a busca da superação da visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido. Essa problematização nasce da consciência que os homens adquirem de si mesmos. É nesse momento que surge a fase da criação de situações existenciais típicas do grupo social, sendo as mesmas desafiadoras, codificadas e carregadas de elementos que serão descodificadas pelo grupo com a mediação do educador. São situações que abrem perspectivas para a análise de problemas (FEITOSA, 1999).

Há também mais duas fases que complementam o método que são as fases de elaboração de fichas-roteiro, que auxiliam os coordenadores de debate, servindo como

subsídio; e a de elaboração de fichas com a decomposição das famílias fonéticas correspondentes aos vocábulos geradores. Essas fases se apresentam pertinentes no processo de alfabetização de adultos, tal como ocorre na experiência vivida por Paulo Freire ao escrever *Educação como Prática da Liberdade*.

Essa metodologia possibilita uma aprendizagem libertadora (não mecânica) que requer uma tomada de posição frente aos problemas que são vividos. Propicia uma “aprendizagem integradora, abrangente, não compartimentalizada, não fragmentada, com teor ideológico” (FEITOSA, 1999). O método rompeu com a concepção utilitária do ato educativo e promove a horizontalidade na relação educador-educando, com a valorização de sua cultura e oralidade, assumindo assim caráter humanístico. Destaca-se dessa forma a necessidade da recriação constante de toda e qualquer prática educativa.

Dessa forma, aprender constitui um ato de conhecimento de realidade concreta, ou seja, da situação real vivida pelo educando que só tem sentido se resulta de uma aproximação crítica dessa realidade. Pode-se entender que essa metodologia prepara o indivíduo para viver no seu tempo, com as contradições e os conflitos existentes e o conscientiza da necessidade de sua intervenção para transformar sua realidade, com a perspectiva de um futuro melhor. Esse método constitui um projeto educacional democrático e libertador com base no respeito e na autonomia do indivíduo.

Após apresentação das principais referências que deverão nortear o trabalho, a seguir, serão apresentados os procedimentos metodológicos que guiaram a sua construção.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar o objetivo do presente trabalho, foi realizada a síntese da experiência, através dos seus registros e a análise do material foi feita a partir dos principais enunciados da proposta pedagógica problematizadora e dialógica de Paulo Freire.

Para a descrição da experiência foi utilizada como fonte de dados o registro no caderno de campo e o relatório final do Projeto entregue ao grupo escoteiro. Os registros no caderno de campo eram feitos ao final de cada visita feita à instituição, contendo as observações sobre aspectos e circunstâncias presentes nas apresentações, ao modo da observação participante.

A técnica de observação participante, tradicionalmente utilizada pela Antropologia, possibilita identificar questões mais importantes e as preocupações centrais em um dado contexto (MINAYO, 1996). Considerando a riqueza do cenário em que o Projeto foi desenvolvido, abordando diferentes relações e reações dos sujeitos, a sua recuperação pareceu de grande importância na apreensão de elementos que auxiliassem na compreensão do contexto em que se deu o processo educativo.

Ao ter a proposta pedagógica de Paulo Freire como referência para a análise, recorreu-se inicialmente a duas de suas obras, *Pedagogia do Oprimido* (1987) e *Educação como Prática de Liberdade* (1967) e de textos¹³ que auxiliaram na compreensão das propostas desse autor, especialmente no campo da saúde.

Quanto aos aspectos éticos, o Projeto, objeto de estudo deste trabalho de conclusão de curso, não foi avaliado por Comitê de Ética, uma vez que inicialmente, na época em que foi realizado, não havia a intenção de ser conduzido como Projeto de pesquisa acadêmica. De modo a preservar a privacidade dos dados do Projeto, não serão identificados nem o local onde foi realizado nem as pessoas (civis ou jurídicas) envolvidas no Projeto, uma vez que se trata de uma análise documental, voltada para a abordagem educativa utilizada.

5.1 SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA

O Projeto Saúde Para Moradores de Rua apresenta-se como um serviço sócio-comunitário, realizado por duas jovens adultas (ambas com 20 anos) do movimento escoteiro, cujo objetivo consistia em transmitir informações aos moradores de rua sobre alguns aspectos

¹³ Textos citados: Bordenave (1989); Schall (1995); Feitosa (1999); Monteiro (2012)

relacionados à saúde, como medidas de prevenção e caracterização de algumas doenças, sendo estas relacionadas à pobreza e miséria, segundo a base teórico-bibliográfica utilizada na descrição do Projeto, além de adoção de hábitos saudáveis. Ao transmitir as informações, o Projeto tinha como pressuposto a ideia de que se esses moradores de rua soubessem como se cuidar, adotariam algumas medidas de prevenção e não ficariam doentes com tanta frequência.

O Projeto foi realizado numa instituição filantrópica religiosa, que não possui distinção de etnia e religião entre os indivíduos que são sócios, colaboradores, voluntários, ou ainda indivíduos que são abrigados pelo instituto. A instituição tem como missão acolher pessoas em situação de abandono e risco social para que possam refazer suas vidas. Através de seus profissionais e voluntários, a instituição desenvolve um plano terapêutico tendo como meta a inclusão social dessas pessoas. No período do Projeto, a instituição só estava acolhendo adultos do sexo masculino.

Para a transmissão de informações, foi escolhida como estratégia a utilização de palestra, em que cada palestra abordava um tema escolhido no Projeto. Em conjunto com a palestra, ocorria um breve debate em que se discutia sobre o que foi abordado na palestra anterior, de modo que pudesse ser resgatado o conhecimento passado. A palestra ocorria através de apresentações de slides, totalizando seis apresentações. O Projeto ocorreu em seis meses, constituído de seis visitas: sendo uma apresentação em cada mês e no último mês foi realizado, em grupo, duas dinâmicas e o pós-teste (ANEXO A). O instrumento do pós-teste foi elaborado pelas próprias coordenadoras.

Em cada palestra, havia uma lista de presença que era preenchida ao final, porém, a mesma era do controle da instituição, não tendo assim um controle por parte das coordenadoras da quantidade média de participantes por visita. O que pode ser indicado é que a visita que mais contou com participantes foi a palestra sobre drogas (quarta palestra), que contou com a presença de quase 40 moradores de rua.

Uma dificuldade que havia também quanto ao controle do número de pessoas era a inconstância das mesmas, sendo esse fator uma característica presente na instituição, que não obriga nenhuma pessoa a ficar no local para tratamento, ou seja, a pessoa pode ir e vir. Logo, essa flutuação de pessoas na instituição, ocorrida mês a mês, explica o motivo de ter sempre novas pessoas assistindo às palestras, não tendo acompanhado o processo desde o início. Não havendo o registro exato de qual palestra apresentou menos ou mais participantes, foi feita uma comparação no relatório e parece que a palestra que obteve menos espectadores foi a do tema de DST/AIDS.

Os participantes que acompanharam o Projeto desde o início obtiveram uma apresentação inicial sobre o mesmo pela responsável da instituição antes da primeira visita da equipe, explicando principalmente da importância que esse Projeto tinha para a vida deles e da colaboração para o desenvolvimento das jovens dentro do escotismo. Esse fator contribuiu, no início, para a adesão ao Projeto, mas conforme o mesmo foi sendo desenvolvido, foi necessário que voluntários da própria instituição os motivassem a participar. Essa motivação ocorria aos novos participantes, na primeira vez que iam assistir à palestra. Os antigos participantes auxiliavam no processo de motivação.

Foram abordados os seguintes temas: noções de cuidado básico com a saúde, doenças infecciosas e parasitárias, doenças sexualmente transmissíveis, drogas lícitas e ilícitas, neoplasias e doenças não contagiosas.

Os aspectos temáticos que mais causaram polêmica foram: o uso da camisinha, pois na concepção de alguns participantes, o sexo é mais prazeroso sem camisinha; a dengue, no que diz respeito ao erro do médico quando diagnosticada como uma virose. A questão da dengue evoluiu de doença para uma reflexão crítica sobre o sistema de saúde, gerando um ponto de vista comum entre eles de que a alocação de recursos do País para saúde é mal distribuída devido à corrupção presente e que isso é que origina um atendimento ruim.

O tema de doenças infecciosas e parasitárias foi o que teve menos participação por parte dos espectadores, o que pode ser explicado pela distração durante a palestra, fato que foi registrado no relatório.

Em contrapartida, a palestra que teve a maior participação dos moradores de rua, com o compartilhamento de experiências, apresentação de dúvidas e sem distração registrada, foi a de drogas lícitas e ilícitas. Antes de esta palestra ser iniciada, foram apresentadas as imagens das ações das doenças sexualmente transmissíveis no órgão genital masculino, tal como eles haviam pedido na palestra anterior. Segundo o relato anotado no caderno de campo, eles apontaram na palestra de DST/AIDS a necessidade de ver essas imagens, para que eles próprios ficassem chocados e se conscientizassem da importância do uso da camisinha, sendo, portanto, demanda e argumento utilizado pelos participantes.

Dos comentários, além dos já citados nas situações descritas, tiveram aqueles voltados para o uso de drogas, que como fazia parte da história de vida deles, sentiam necessidade de compartilhar essas experiências, e confirmavam os efeitos apresentados no conteúdo da palestra, mostrando que essas experiências tinham um significado em suas vidas. Há também o registro de interesse por algumas doenças cardiovasculares, uma vez que as coordenadoras tiveram até de orientar a dois participantes, devido a algumas dúvidas que apresentaram na

palestra.

Durante as exposições, alguns participantes buscavam tecer comentários a respeito, relatando experiências pessoais ou de conhecidos. Em função do tempo disponível e do conteúdo a ser apresentado, não se fomentava essas interrupções durante as sessões.

Os temas desenvolvidos durante as sessões foram escolhidos pelas coordenadoras do Projeto e pela irmã responsável pela instituição, levando-se em consideração as necessidades intuitivamente identificadas a partir da noção que tinham sobre moradores em situação de rua.

O quadro a seguir apresenta uma síntese de cada apresentação.

Quadro 1 - Síntese das sessões da atividade de educação em saúde. Projeto Saúde para Moradores de Rua

Data	Tema	Conteúdo	Estratégias utilizadas
18/06/2011	Noções de cuidado básico com a saúde.	Higiene corporal, alimentação, vacinação, exercícios físicos.	“Conhecer” os educandos e apresentação a ele de quem somos. Concepção de saúde na visão dos educandos. Demonstração da maneira adequada de se higienizar as mãos.
09/07/2011	Doenças infecciosas e parasitárias.	Tuberculose, dengue, e a influenza A H1N1.	Perguntas aos educandos sobre a adoção de hábitos saudáveis vistos na visita anterior. Reflexão de possíveis perigos a partir da visualização de uma ilustração. Perguntas de raciocínio sobre a influenza A H1N1 a partir do conteúdo que havíamos transmitido.

13/08/2011	Doenças sexualmente transmissíveis.	AIDS, hepatite, uso da camisinha.	Escolha de uma doença apresentada na visita anterior e falar sobre a sua transmissão, sintomas que causa no organismo, seu tratamento e prevenção. Perguntas feitas aos educandos sobre o histórico da epidemia da AIDS, a partir de seu conhecimento sobre esse ocorrido.
10/09/2011	Drogas lícitas e ilícitas.	Álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, prevenção ao uso.	Perguntas sobre a atuação do vírus HIV no sistema imunológico, sobre a transmissão da AIDS além da relação sexual e cuidados com a camisinha.
08/10/2011	Neoplasias e doenças não contagiosas.	Diabetes e doenças cardiovasculares.	Jogo do verdadeiro e falso sobre os efeitos das drogas.
12/11/2011	Síntese de todos os temas	Todos os assuntos descritos acima	Sorteio de perguntas sobre os temas apresentados nas cinco apresentações anteriores. Jogo da adivinhação de casos. Roda de conversa sobre os conteúdos apresentados. Realização do pós-teste.

A sexta visita apresentou uma característica diferencial por ter a realização do pós-teste. A primeira dinâmica consistia em sorteio de perguntas realizadas pela coordenação do Projeto e cada grupo respondia a pergunta sorteada. Cada pergunta era relativa a cada tema, sendo uma pergunta para cada tema apresentado. A segunda dinâmica realizada era baseada num jogo de adivinhação de três casos: no primeiro caso, os moradores de rua teriam de identificar a doença a partir dos sinais citados no caso apresentado; no segundo caso, teriam de dizer quais os sintomas, a forma de contaminação e o tratamento pertinente a uma determinada doença apresentada; no terceiro caso, teriam de dizer a forma de prevenção mais

adequada de uma determinada doença apresentada. Todos os casos fictícios apresentados foram as três doenças mais citadas, de três palestras. A terceira atividade foi realização da avaliação em grupo por escrito (pós-teste) sobre o Projeto realizado, de forma que o mesmo pudesse ter uma forma de feedback para a coordenação do mesmo.

Um fato que é registrado algumas vezes no relatório diz respeito aos gestos dos educandos para com as coordenadoras. Desde o início do Projeto, as jovens indicam que foram bem recebidas pelos moradores de rua, sendo a maioria deles gentis e demonstrando o desejo de querer contribuir para o trabalho, procuraram dar uma lembrança do trabalho deles realizado na sessão de arte e terapia, e um instrumento (antena de televisão) para auxiliá-las durante a palestra (caso houvesse necessidade de apontar para alguma parte da apresentação de slide).

Foram citadas no relatório as emoções – animação, indignação, esperança – e sentimentos deles – se sentiam sortudos, contentes e seguros (o sentimento de segurança proporcionou a eles que se sentissem mais à vontade com as educadoras) – durante as realizações da palestra, além dos agradecimentos e elogios por parte deles, sendo este um item muito marcante, não só nos registros, mas nas respostas do pós-teste. Os agradecimentos e elogios dizem respeito ao trabalho que estava sendo realizado, sendo considerado por eles como um bom trabalho e fundamental para o tratamento deles; a paciência (sendo este o aspecto mais destacado por eles) e simpatia delas para com eles; aos conselhos que elas davam quando eram consultadas; à força de vontade delas de dar continuidade ao trabalho; à satisfação deles por terem a oportunidade de avaliar o trabalho delas, através do pós-teste. Mostraram também agradecidos por poderem contribuir no desenvolvimento e amadurecimento delas no movimento escoteiro.

Há ainda o registro de algumas críticas deles às palestras no pós-teste como alguns comentários moralistas delas em um dado momento de uma das palestras, o que fortalece a indicação de uma confiança por parte deles em relação às coordenadoras do Projeto.

6 RESULTADOS

Ao explorar a abordagem educativa e o contexto no qual o Projeto era realizado, foram encontrados alguns resultados que originaram as chamadas categorias empíricas, que foram divididas em quatro, em que cada aspecto era analisado à luz da pedagogia de Paulo Freire.

6.1 DA PEDAGOGIA DO OPRIMIDO A UMA PEDAGOGIA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Ao recuperar a experiência de educação em saúde proposta no contexto do escotismo, uma primeira observação diz respeito ao público para o qual foi destinada.

Tratando-se de uma atividade genericamente intitulada de “social”, indaga-se sobre essa “categoria” moradores de rua.

Parece ser uma categoria estática que é assim desde sempre, sem uma história que os levaram a estar nessa condição e principalmente sem uma possibilidade de projeto com perspectiva de mudança nas condições de vida.

Com a análise dessa categoria, foi possível observar dois aspectos quanto à definição de morador de rua, relativos ao ser e estar morador de rua, cuja distinção encontra-se na visão da permanência na rua sendo esta um fator de cronificação (VIEIRA, 1994 *apud* VARANDA, 2004). Essa distinção ainda é dificultada de ser entendida pelas complexidades que envolvem o processo de ida para rua. Há estudos que explicam essa complexidade com exemplos de pessoas que são catadoras de papel, latinha, cobre, entre outros artigos, que, devido à sua ocupação profissional – catador –, se considera morador de rua, enquanto outros afirmam quanto à existência de vínculos a associações, além de família constituída, e por isso não são moradores de rua, e sim estão na rua (CARNEIRO JUNIOR, 1998; VARANDA, 2004).

A partir dessa visão, um questionamento surgiu, dando origem à análise dessa população: será que moradores de rua (ou população de rua) podem ser considerados oprimidos pela pedagogia de Paulo Freire?

Quando se discute as relações sociais existentes na sociedade capitalista, destaca-se enfaticamente a relação de exploração entre os seres de maior poder socioeconômico sobre aqueles de menor poder. Essa mesma relação também é reproduzida no campo da educação, quando se fala de educação bancária, ou pedagogia de transmissão de informações/conhecimentos, sendo esta mais conhecida na sociedade e mais reproduzida em ambientes educativos (como as escolas). A posição do professor – sendo entendido como o

opressor no processo educativo – e a do aluno – sendo entendido como o oprimido nesse mesmo processo – são reflexos das posições hierárquicas no sistema socioeconômico. Ao se reproduzir essa educação, é reproduzido também todos os efeitos e condições que ela proporciona: a manutenção dessas posições, sem possibilidades de mudanças nas relações sociais, desencadeando assim as desigualdades sociais e implicando vulnerabilidade no setor oprimido.

Como a abordagem educativa do projeto é baseada nessa pedagogia, pode-se observar as coordenadoras na posição de professor e os moradores de rua na posição de aluno, sendo assim a relação coordenadoras-moradores de rua reflexo da relação opressor-oprimido.

Mas essa reflexão vai além do próprio projeto. Os moradores de rua, devido às suas condições e características, ocupam, de maneira geral, a posição de oprimido social graças aos olhares de medo, de nojo, de piedade, de raiva, e da indiferença, que acabam por gerar nessas pessoas, responsáveis desses olhares, uma conduta de se acharem superiores a estes moradores. Essa superação é explicada pelas diferenças sociais existentes entre esses grupos, ou seja, as pessoas reproduzem esses olhares e sentimentos porque não são iguais a essa população nem compartilham as mesmas histórias, culturas, experiências, entre outros fatores.

Em uma questão de recomendações para melhoria do projeto, foi apontado por alguns moradores de rua que as coordenadoras deveriam explicar a todos os participantes que a presença delas se destinava apenas a transmitir informações, e que devido a isso, elas só deveriam ser escutadas pelos participantes e não sugestionadas por eles. Esse dado sugere que, de certa forma, há uma acomodação por parte deles quanto à reprodução da relação de opressor-oprimido/professor- aluno, estando, portanto, acostumados com o processo de opressão social.

6.2 “OPORTUNIDADES PERDIDAS”

Esta categoria diz respeito às oportunidades proporcionadas pelo Projeto, mas que, devido a não focalização nesses momentos, principalmente porque o projeto era voltado para o conteúdo restrito a doenças e à prevenção, acabaram sendo “perdidas” e que necessitam serem explicitadas, uma vez que se aproximam da pedagogia freireana.

Uma primeira oportunidade foi encontrada na palestra de tema hábitos saudáveis, ou como descrita no Quadro 1, “Noções de cuidado básico com a saúde”. Ao serem feitas a ele perguntas como “o que é saúde”, “o que precisamos fazer para ficar saudáveis” e “por que precisamos ficar saudáveis”, foi apontado que foram realizadas com o objetivo de introduzir o

assunto, sendo uma espécie de aquecimento da palestra.

Outra oportunidade “perdida” foi a reflexão da visualização de imagens apresentadas na segunda palestra. Nesta mesma palestra, apesar de ter sido citada a crítica deles em relação ao sistema de saúde quanto à alocação de recursos, este assunto que não foi problematizado. Além desses momentos, devem ser apontadas as experiências compartilhadas, relatos de casos de conhecidos e até mesmo as críticas e proveitos (como a interação entre eles) do projeto apresentados no pós- teste.

As oportunidades foram consideradas “perdidas” porque quando considerada a problematização da realidade, essas questões (perguntas, reflexões, críticas, relatos de casos de conhecidos e experiências compartilhadas) seriam de grande valor, uma vez que possibilitariam uma investigação da realidade desses moradores de rua, através do diálogo, e as educadoras teriam um conhecimento mais aprofundado sobre os mesmos, além de entender e contribuir no processo de construção e reconstrução dos significados destas questões. Em outras palavras, elas entenderiam seus valores, medos, saberes, preocupações e significados. Desses significados, poderiam ser trabalhados os temas geradores, porém, naquela oportunidade, não era a proposta focada no Projeto.

Também poderiam ser entendidas as questões relacionadas ao acesso e assistência de saúde, inseridas na vida desses educandos (se frequentam UPA ou tem acesso à Estratégia de Saúde da Família ou a Posto de Saúde).

Pode-se dizer que essas oportunidades representam momentos, aparentemente simples aos olhos das educadoras, mas que fazem diferença quando se trata da problematização da realidade e do desenvolvimento de consciência crítica dos moradores de rua.

6.3 DIFERENÇA ENTRE ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS

Essa categoria se refere à distinção da estratégia utilizada quando comparada aos pressupostos pedagógicos.

Foram utilizadas dinâmicas, a fim de que a palestra não se tornasse uma exposição monótona, de modo que fosse dada abertura para que os participantes pudessem se expressar durante a atividade educativa. Embora algumas dinâmicas tivessem a intenção de, na teoria, dialogar, de ouvir e entender o outro, na prática, essa teoria não conseguiu ser aplicada, pois esse processo de conhecimento do outro não pode ser conduzido apenas pelas educadoras, e sim, conduzido pela interação delas com eles e vice-versa, com simultaneidade de ações. É

um processo complexo que enfrenta muitos obstáculos para ser de fato realizado nas práticas educativas em saúde.

Um fator que comprova que não há a abertura para diálogo é a apresentação da educação pelo amedrontamento, como foi feita em duas situações: no comentário feito por elas em relação ao uso de camisinha, com apresentação de uma posição defensiva, afirmando-se que o educando pode escolher entre conviver com a doença ou preveni-la, usando camisinha; e ao mostrarem fotos que demonstram sofrimento, tanto do indivíduo dependente quanto da família, em relação aos efeitos danosos do uso de drogas.

Essas dinâmicas podem ser entendidas como “tentativas” do projeto para aproximação da abordagem pedagógica de Paulo Freire.

6.4 TRANSFORMAÇÃO DOS VÍNCULOS: ENTRE O ÊXITO TÉCNICO E O SUCESSO PRÁTICO

Um aspecto muito considerado na pedagogia de Paulo Freire é a formação de um vínculo afetivo entre educador e educando, tornando-se uma relação de confiança, em que o educando pode expressar seus medos, preocupações e significados. O estabelecimento desse vínculo é o que permite a aproximação dos seres envolvidos no processo pedagógico, possibilitando a realização do diálogo, que implicará, futuramente, numa transformação social.

Se a pedagogia de Paulo Freire pressupõe uma transformação social, a experiência do Projeto possibilitou uma transformação nos vínculos entre as suas coordenadoras e os participantes. Essa transformação nos vínculos se desenvolveu a partir dessas relações afetivas e preocupações que acabaram por interagir as coordenadoras com os moradores de rua.

É possível analisar esse fator através do registro de algumas observações, como a curiosidade deles em relação ao movimento escoteiro, sendo esta curiosidade aguçada devido ao impacto de vê-las uniformizadas; o agrado feito ao dar a elas presentes e lembranças, descritos no capítulo anterior, na síntese da experiência; o pedido de silêncio de alguns deles aos colegas para que pudessem assistir à palestra (o que, além de indicar um desejo de querer apreender os conteúdos, demonstra um respeito pelo trabalho desenvolvido em consideração a elas); a preocupação deles pelo desenvolvimento do trabalho, sempre motivando as coordenadoras a não desistirem e darem continuidade ao mesmo; e, como já foram destacados anteriormente algumas vezes, os agradecimentos, que apareciam a todo o momento da

experiência.

Apesar de esse vínculo representar o desenvolvimento de uma aproximação, é necessário explicar que o mesmo não significa um processo dialógico, pois esse mesmo vínculo formado estabeleceu também posições hierárquicas dentro da atividade educativa. Porém, o vínculo afetivo pode vir a contribuir na desconstrução dessa hierarquia, de modo que educador e educando possam ensinar e aprender simultaneamente.

7 CONCLUSÃO

A partir das categorias descritas nos resultados, é possível entender que o público ao qual o Projeto foi destinado, se trata realmente de uma classe social oprimida, segundo a teoria freireana, não somente pelas educadoras e pela abordagem utilizada, mas pela sociedade como um todo, representando assim um processo de vulnerabilização desses indivíduos (moradores de rua).

Das oportunidades “perdidas”, foram notadas as contribuições que as mesmas dariam ao processo educativo e aos indivíduos nele envolvidos, caso as questões fossem problematizadas e criticadas. Ao educador seria fornecido o conhecimento da realidade do outro e auxiliando-o a pensar nos problemas, além de atuar no processo de construção e reconstrução de significados. Ao educando seriam fornecidas as oportunidades de desenvolverem a consciência crítica para intervenção e mutação de sua realidade, através do exercício proposto pela pedagogia freireana.

Desse modo, as três primeiras categorias apresentadas apontam os limites da experiência, enquanto a última mostrou-se mais pertinente quando se discute as possibilidades do trabalho desenvolvido, pois se, por um lado, o processo teve fundamentalmente um caráter informativo, por outro, evidencia-se que o Projeto teve um lugar na vida dos participantes com o estabelecimento de um vínculo com as coordenadoras.

Êxito técnico e sucesso prático são esferas de racionalidade que movem as ações de saúde, sendo o êxito técnico voltado para a ação instrumental e que diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela visão biomédica, enquanto o sucesso prático refere-se ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde diante aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações (AYRES, 2007). Em suma, apesar de o Projeto ter como foco o êxito técnico dessa população em relação a práticas mais salutaras, consequentemente, melhoria de saúde, foi na verdade promovida uma aproximação de sucesso prático, através do estabelecimento de uma relação afetuosa entre as coordenadoras e os moradores de rua.

Como conclusão desse trabalho de análise e compreensão da experiência, são indicadas algumas questões.

A primeira refere-se aos desafios para a educação em saúde, principalmente se é utilizada a pedagogia freireana. Os desafios referem-se à desconstrução das posições do educador detentor de conhecimentos e do educando depositário de informações; a superação

da dificuldade de se lidar um outro referencial de educação; a inclusão do educador dentro do processo de aprendizagem; a fusão de saberes; a compreensão dos valores e significados do educando pelo educador e pensar junto com o educando; a transformação social e as mudanças nas condições de saúde.

Uma segunda questão refere-se ao não desperdício das experiências, mesmo que a princípio, aparentemente, não tenham êxito ou sucesso, pois, uma vez analisadas, existe a possibilidade de se encontrar aspectos que necessitam ser repensados para melhorias nas estratégias, além de constatar aspectos fundamentais em processos educativos, que devem ser reaproveitados em experiências futuras.

Esse trabalho também faz um convite a repensar e replanejar a elaboração do Projeto “Saúde Para Moradores de Rua” com outra visão e sugere recomendações, como a realização do diálogo, problematizando a realidade vivida por moradores de rua ao entendê-los como oprimidos sociais; tentar criar oportunidades que não sejam perdidas, e, valorizar esses momentos, mesmo que aparentem serem momentos voltados apenas para uma aprendizagem pessoal.

REFERÊNCIAS

- ARISTIDES, J. L.; LIMA, J. V. C. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA-JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In*: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá, 2012.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1989. p. 19-26.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 12-25.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-167, 2000.
- CANÔNICO, R. P. *et al.* Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 799-803. 2007
- CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.
- CECCIM, R. B. **Pacientes impacientes**: Paulo Freire. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 4, 2005.
- FEITOSA, S. C. S. **Método Paulo Freire**: princípios e práticas de uma concepção popular de educação. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 134-135

MONTEIRO, P. H. N. Contribuições teórico-práticas do campo da educação para ações de prevenção em DST/AIDS *In*: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá, 2012. p. 76-111.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Moradores de rua e tuberculose**: a busca pelo fim dessa triste realidade. Imprensa Governo do Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/520-moradores-de-rua-e-tuberculose-a-busca-pelo-fim-dessa-triste-realidade>. Acesso em 25 jan. 2013.

SCHAEFER, M. Tuberculose é maior risco para os moradores de rua. **Jornal do Comércio**, Porto Alegre, 6 maio 2011. Disponível em: <http://jcrs.uol.com.br/site/noticia.php?codn=61479>. Acesso em: 25 jan. 2013.

SCHALL, V. T. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. *In*: CZERESNIA, D. *et al.* **AIDS**: pesquisa social e educação. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 84-105.

UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL. **Curso Informativo Formador**. Versão 006. [S. l.: s. n.], 2007.

UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL. **Escotismo**. Disponível em: <<http://www.escoteiros.org.br/escotismo/>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**: basic documents. Geneva: WHO, 1946.

ANEXO

ANEXO A – PÓS-TESTE ELABORADO PELAS COORDENADORAS E PREENCHIDO
PELOS MORADORES DE RUA

Avaliação em grupo – Projeto de Insígnia de BP

Nomes: _____

O que vocês acharam de todos os encontros?

Quais dos encontros vocês mais gostaram e por quê?

Quais dos encontros vocês menos gostaram e por quê?

Vocês acham que a maneira pela qual as pioneiras passaram informações a vocês foi adequada? Justifiquem se for preciso.

Vocês acham que as pioneiras tinham domínio necessário (ou suficiente) para passar essas palestras a vocês? Justifiquem se for preciso.

Houve algum momento em que alguma dúvida não tirada ou a troca de informações de vocês com as pioneiras não foi possível? Se sim, qual momento foi esse?

Vocês se sentiam à vontade para perguntar o que quer que os deixassem em dúvida?

Que informações que vocês consideram necessárias que não foram passadas a vocês durante as palestras?

As informações passadas a vocês acrescentaram (ou mudaram) algo em suas vidas?

Como vocês avaliam as dinâmicas realizadas a cada encontro?

Que proveito vocês puderam ter desses encontros?

Quais foram os prós e contras desses encontros?

Que sugestões vocês dariam para melhorar o projeto futuramente?

Qual a opinião de vocês final sobre o projeto que foi realizado pelas pioneiras?

Comentários livres:
