

POBREZA: UMA QUESTÃO PARA O ENSINO EM BIOCIÊNCIAS E SAÚDE?

POVERTY: A QUESTION FOR BIOSCIENCES AND HEALTH TEACHING?

Carla Moura Lima¹
Valéria Trajano²
Victor Vincent Valla³

¹Fiocruz/IOC/Ensino em Biociências e Saúde, carlamoura@ioc.fiocruz.br

²Fiocruz/IOC/DUBC/Ensino em Biociências e Saúde, trajano@ioc.fiocruz.br

³Fiocruz/Departamento de Endemias/ENSP, valla@ensp.fiocruz.br

RESUMO

Este trabalho apresenta uma síntese parcial da pesquisa *vigilância civil da saúde na atenção básica—uma proposta de ouvidoria coletiva na ap3.1, Rio de Janeiro* desenvolvida na ENSP/Fiocruz (dez/2003-dez/2004). Ocorreram 15 encontros e 2 seminários ampliados, com funcionários de 3 unidades de saúde, representantes religiosos e comunitários de três complexos de favelas na zona da Leopoldina no Rio de Janeiro: Manguinhos, Maré e Penha. Nestes encontros foram discutidas questões como: o acesso a alimentos e aos serviços de saúde, as expressões do sofrimento da população e dos profissionais de saúde. A pergunta desta pesquisa é sobre a pertinência da discussão da pobreza na formação em saúde e em biociências. Os resultados propõem possíveis aplicações na formação dos profissionais de biociências e saúde visando também a formulação de políticas públicas. A constatação que mais prevaleceu foi a do impasse provocado pela situação de pobreza para a superação dos problemas de saúde.

Palavras-chave: Pobreza, Educação, Biociências, Saúde, Ouvidoria

ABSTRACT

This work presents a partial synthesis of the health civil vigilance in the basic attention - a proposal of collective ombudsman in ap 3.1, in Rio de Janeiro, that took place in ENSP/Fiocruz (dec/2003 to dec/2004). 15 meeting and 2 extended seminars occurred with employees of 3 units of health, religious and communitarian representatives of three slums complexes in Leopoldina zone in Rio de Janeiro: Manguinhos, Maré and Penha. In these meetings, it was discussed questions such as: Food and health services access, the population and health professionals expressions of suffering. The question is about the relevancy of the poverty discussion in health and biosciences formation. Results consider possible applications in the formation of biosciences and health professionals and in the public politics formularization in health. It was verified that the impasse, provoked by the poverty situation for the overcoming of the health problems, prevailed.

Keywords: Poverty, Education, Biosciences, Health, Ombudsman.

"O trabalho dos homens e mulheres de Ciências - como qualquer outra atividade humana - não tem lugar à margem da sociedade em que vivem, e se vê diretamente afetado pelos problemas e circunstâncias do momento histórico, do mesmo modo que sua ação tem uma clara influência sobre o meio físico e social em que se insere".

(Ana Carvalho e Daniel Gil-Pérez)

INTRODUÇÃO

A ciência moderna e o diálogo com outros discursos

A ciência moderna em seu processo de consolidação como um saber distinto do senso comum, privilegiou a esfera racional a partir do Iluminismo, século XVIII. Desde então, o distanciamento e a estranheza do discurso científico em relação ao discurso do senso comum e do discurso religioso aprofundaram-se; tornando o que se passa no mundo de difícil compreensão tanto aos cientistas quanto ao cidadão comum. A possibilidade de compreender o mundo é considerada fundamental para a ampliação da consciência e da capacidade de se tornar sujeito na construção da realidade. Essa é uma relação por si só dialética; para Freire (1987), ninguém se conscientiza separadamente dos demais, pois a consciência se constitui como consciência do mundo.

A dificuldade da maioria da população em participar da discussão de temas de seu interesse, está relacionada com o abandono do senso comum pela ciência, que foi chamado de ruptura epistemológica (Santos, 1979). Essa ruptura, do ponto de vista cultural, constituiu uma fratura lenta e progressiva da qual faz parte o rompimento com quaisquer cosmovisões integradoras, incluindo os paradigmas religiosos. (Tesser e cols. 2000). Há casos em que pesquisas científicas sobre doenças crônicas envolvem atualmente grupos não profissionais, especialmente dos pacientes e seus familiares, constituindo-se assim, numa ampliação da comunidade de pares que é vista como enriquecedora do processo de investigação científica (Soares e cols, 1998).

O questionamento do otimismo da ciência em resolver os problemas sociais ocorreu na segunda metade do século XX, numa desconfiança dos resultados dos conhecimentos científicos, a exemplo dos problemas ambientais e de alguns efeitos adversos da medicina científica. O campo da saúde pode configurar como um dos exemplos onde se observa uma grande confiança depositada pela sociedade na ciência e em especial na biomedicina. A crença de que a medicina seria capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde, se estende aqueles de menor poder aquisitivo.

Atualmente no planeta há poucos países ricos e muitos países pobres. Mesmo nos países chamados industrializados, observam-se bolsões de pobreza, um aspecto conhecido como "terceiromundização do primeiro mundo", e ilhas de riqueza, onde uns são "nababescamente ricos" em meio a muitos "miseravelmente pobres" (D'Ambrosio 1992), a chamada "primeiromundização do terceiro mundo" (Boff 2005). Embora pobreza e desigualdade sejam temas recorrentes na mídia, geralmente são vistas como algo natural, e não como um constructo social. Dentre alguns dos autores que têm se dedicado à tarefa de avançar na definição do que seria pobreza, destacamos Milton Santos (1979) que define a pobreza como um problema social. Portanto, a pobreza não apenas se constitui numa categoria econômica e sim numa categoria política, razão pela qual sua definição deve ir além de uma análise baseada em indicadores sócio-econômicos como profissão, renda e escolaridade.

A maneira como pobreza é conceituada vai influenciar diretamente na construção de quadros de referência de análise que por sua vez vão influenciar nas ações "antipobreza" (Rocha 2003), engendradas pela sociedade e especialmente pelo poder público. Portanto, justifica-se o

posicionamento da transcendência da pobreza como questão do campo da economia para outros campos como o da saúde e o da educação em biociências.

Nesse sentido, observa-se a necessidade de ampliação da análise do atual modelo de sociedade que orienta o seu desenvolvimento. Nesse modelo, a produção de riqueza não é possível sem a degradação ambiental que por sua vez gera a deterioração da qualidade de vida de todos os seres. Por outro lado, como conseqüências diretas desse sistema, observamos o desemprego, a fome da maioria da população, novas doenças e o reaparecimento (e/ou aumento de incidência) de antigas - que no dizer de Simone Weil "*degradam os que perderam sua dignidade de produtores*" (Bosi 1982). Outras conseqüências apontadas são segundo Boff (2005) "*a falta de habitação, de educação e lazer, a ruptura dos laços familiares e sociais são agressões ecológicas contra o ser mais complexo, (...) o ser humano, especialmente, o mais indefeso que é o pobre e marginalizado*".

A perspectiva dessa discussão de pobreza é a perspectiva dos direitos humanos. A superação da concepção de pobre como "necessitado" e por isso carece de ajuda, nos remete às tradicionais associações às noções de esmola, pois esta visão exclui a concepção de cidadania, principalmente a da chamada "cidadania plena". Observa-se ausente na discussão do combate à pobreza, a realidade da não integração atual e nem futura de uma imensa parcela da população brasileira de forma satisfatória na economia moderna; principalmente quando se fala em distribuição de alguns "auxílios" pelo poder público.

As crescentes desigualdades sociais são apontadas como perversos subprodutos do movimento na direção da integração do Brasil na economia global. Paralelamente, observa-se, que pouco tem sido feito para a neutralização das causas estruturais das injustiças como a histórica desigualdade sócio-econômica. Os posicionamentos de alguns estudiosos do tema convergem para propostas que abandonem "grandes retóricas" e examinem aspectos da sociedade que geram pobreza e exclusão social e "caso a caso", analisar quais opções de política pública maximizam ou não a equidade e fazem melhor uso dos recursos disponíveis (Schwartzman 2004).

O Sistema Único de Saúde

O Movimento pela Reforma Sanitária atingiu seu ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1988, disseminando a idéia de que a saúde é um direito de cidadania e obrigação do Estado. Como conseqüência deste movimento, o SUS foi criado com o intuito de mudar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças em dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS foi fundamentado em princípios como os da universalidade, integralidade e equidade, agregados à participação popular, de forma a ampliar a concepção e prática da cidadania (Oliveira, 2004).

Há duas formas de participação popular na gestão do SUS, pela Lei 8.142: os Conselhos e as Conferências de Saúde, de forma que a população possa interferir defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações do Governo. A participação popular, no entanto, não se restringe à atuação nos conselhos e conferências de saúde, ela pode e deve ir além desta esfera, por meio de movimentos populares organizados ou por meio da instância de ouvidorias, como é o caso da pesquisa relatada neste trabalho onde a Ouvidoria Coletiva é entendida como um processo de educação em saúde, que considera o saber como uma prática social baseada no diálogo. Neste caso, o diálogo ocorrido entre o saber científico (aqui representado pelos profissionais de saúde) e o saber popular (do discurso dos representantes comunitários e religiosos), favorecendo a compreensão das condições de vida e saúde, dos impasses e caminhos apontados no intercâmbio entre os saberes (Briceño-León, 1996).

Faz-se premente discutir a respeito dos serviços públicos de saúde oferecidos às camadas populares. Por isso, torna-se relevante retroceder um pouco na reflexão e discutir a formação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos. Ora, se quem procura esses serviços são prioritariamente os menos favorecidos, seria fundamental que os profissionais que atuam nesses serviços tivessem o mínimo de acúmulo de discussão sobre a relação condições de vida, saúde e/ou educação, por exemplo, que tivessem uma concepção mais ampla, e por vezes menos preconceituosa dos fatores que originam as condições de vida das camadas populares. E conhecessem também a grande variedade disponível de metodologias participativas tanto em educação, quanto em educação em saúde, para que pudessem agir como facilitadores de *empoderamento* dos usuários (Iorio 2002).

Ouvidoria Coletiva: uma nova proposta metodológica

A história da implantação de ouvidorias se inicia no século XIX, em 1809 na Suécia. Posteriormente foram criadas outras ouvidorias em países como: Dinamarca, França, Inglaterra e Alemanha. Na América Latina as ouvidorias começaram a ser implantadas no século XX, nos anos 80, na Guiana, México, Costa Rica, Argentina, Chile, Peru e Colômbia. No Brasil a primeira Ouvidoria Pública foi implantada em 1986 no Paraná. Tradicionalmente, ouvidorias são órgãos unipessoais, cujos ouvidores se encontram ligados à alta direção da instituição. Historicamente, no Brasil, não se constata uma cultura de ouvidoria.

O número de ouvidorias do atual governo passou de 41 para 110 unidades atuando nos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. O sistema de ouvidoria adotado pode variar dependendo do órgão, as de maior porte dispõem de atendimento telefônico gratuito (0800), mas todas recebem manifestações por carta, fax, e-mail e atendimento pessoal (Boletim Eletrônico *Em Questão*, 2004). Atualmente, segundo Dra Eliana Pinto¹, em maio de 2005, dos 5565 municípios, apenas 100 possuem ouvidorias municipais e dos 26 estados, 10 implantaram ouvidorias estaduais.

A metodologia de Ouvidoria Coletiva desenvolvida nesse estudo, amplia a concepção da ouvidoria tradicional na medida em que a “escuta” excede o âmbito dos serviços públicos de saúde, pois não se restringe a avaliar o atendimento oferecido e sim obter maiores informações sobre as condições de vida das comunidades a partir da percepção de participantes representativos da situação investigada. Nesse sentido, se constitui numa ouvidoria estruturada pela sociedade civil e autônoma, isto é, não vinculada a um órgão público específico e portanto, não responsável pelo serviço de atendimento ao consumidor.

A aquisição dos dados ocorreu fundamentalmente através de três grupos constituídos por funcionários de três unidades de serviços públicos de saúde, representantes religiosos e comunitários. Foram promovidos 15 encontros com esses grupos pertencentes a três complexos de favelas, Mangueiros, Maré e Penha, localizados na zona da Leopoldina, identificados no zoneamento da Secretaria Municipal de Saúde como integrantes da Área Programática 3.1.

Ocorreram dois seminários: um inicial de discussão da proposta e outro para a apresentação dos resultados da pesquisa e encaminhamento de propostas de formulação de políticas públicas. Estiveram presentes participantes e representantes de instâncias de controle social e gestão dos serviços em nível local, regional e nacional. A pesquisa contou com registro fotográfico, com vistas à atualização da visão de aspectos das condições de vida dos moradores de comunidades das áreas pesquisadas.

Os temas selecionados para discussão nos encontros foram: *acesso a alimentos e aos serviços de saúde pela população, as expressões do sofrimento, a intensidade endêmica de*

¹ Palestra proferida no Seminário Ouvidoria: um instrumento de participação cidadã, em 23 de maio de 2005 na Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro.

determinadas doenças, a frequência de morte por causas externas, os problemas na atenção à saúde da população e as suas iniciativas em busca de soluções.

As questões colocadas pelos participantes dos encontros foram agrupadas utilizando metodologia de análise de discurso desenvolvida pelos coordenadores da pesquisa (Valla e Hollanda, 1996), tendo sido adicionados elementos da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre, 2003).

Objetivos da pesquisa

Esse projeto de pesquisa conferiu continuidade às investigações em saúde desenvolvidas, anteriormente, na região da Leopoldina. Objetivou organizar um sistema de vigilância capaz de identificar os problemas de saúde da população e os recursos que ela encontra para enfrentá-los, contribuindo para a formulação de políticas de promoção da saúde que considerem a experiência e o saber das populações em busca de soluções para seus problemas. Para tanto se fez necessário: organizar fóruns para a escuta e análise dos problemas de saúde da população; registrar, disponibilizar e divulgar informações oriundas dos fóruns. Nesse trabalho objetivamos contribuir com uma reflexão sobre a importância de se considerar as condições de vida da população na formação dos profissionais de ensino de biociências e dos profissionais de saúde.

DISCUSSÃO DE DADOS COLETADOS

Destacamos da pesquisa Ouvidoria Coletiva aspectos sobre: as condições de vida, a situação das crianças, dos adolescentes e dos profissionais de saúde, aos quais tecemos alguns comentários. Nas discussões realizadas nos fóruns foi constatado o impasse provocado pela situação de pobreza para a superação dos problemas de saúde, como transcritos abaixo:

“É a miséria que causa aquele tipo de doença. Não tem o que comer, ela fica fraca, fica fraca com depressão, da depressão aparece outra coisa, é tudo muito ligado. As pessoas assim em miséria extrema, a doença vem tudo de uma vez”.

As próprias condições de vida da maioria da população residente nos complexos de favelas da Leopoldina são apontadas como uma agressão constante à saúde.

“É um barril de pólvora, não é? É muita gente junta. Eu acho que dificulta acesso à saúde, dificulta acesso à alimentação, dificulta tudo (...)”

Vários tipos de violência foram mencionados, mas destacamos aqui a violência contra a criança que não foi relacionada somente a agressões físicas, mas também ao abandono geralmente diurno. Uma agente comunitária de saúde relatou encontrar frequentemente, muitas crianças pequenas, trancadas em barracos enquanto as mães saem para buscar sustento para suas famílias.

"A gente chama, chama, a criança vem na greta. A maior parte deles atendiam pelas frestas do barraco: ‘Bota por aqui tia, minha mãe não está aí’. Muitas, muitas crianças, muitas."

A situação descrita acima não parece ser a da maioria das crianças residentes em comunidades de baixa renda, que são as que mais frequentam as escolas e os serviços públicos de saúde. Mas, foi relatado que muitas crianças pequenas são cuidadas por outras crianças maiores. Os relatos chamam a atenção não só para a solidão das crianças quanto à dos

adolescentes. Inclusive, outra demanda apontada como bastante freqüente foi o atendimento a adolescentes que tentam suicídio.

"Aqui que é a quantidade de adolescente cometendo suicídio. O programa do adolescente também sinaliza isso. É o problema de violência sexual e o suicídio."

Na tentativa de explicar as causas de suicídio de adolescentes, um participante esbarra em um dos problemas típicos da pós-modernidade. Não só das classes populares, e nem tampouco apenas dos adolescentes. É um dos sintomas observados em jovens de classes mais abastadas, que alguns classificam como "vontade de nada". Porém, os problemas mostram sua face mais cruel, quando agregados a impasses típicos da pós-modernidade no Brasil: a dificuldade de sobrevivência material diária. Situação que Valla (2002) chamou de "estado de emergência permanente", agravando manifestações de estresse, observadas diariamente no atendimento em serviços públicos de saúde de pessoas "poliqueixosas", que alguns estudiosos e profissionais de saúde têm nomeado como "sofrimento difuso".

"Falta de esperança. Falta de esperança. As pessoas estão sem perspectiva de vida, sabe? Olha para o horizonte não vê nada. As pessoas estão perdendo a fé. Fé, esperança. Porque eu não quero trazer pro lado religioso. Mas você olha prá o horizonte e as pessoas não têm: "O que você espera de amanhã?" "Eu não espero nada do amanhã?". Mas a questão dos jovens é essa, essa coisa assim de não esperar nada do amanhã. É isso que assusta..."

A dificuldade financeira de muitas famílias, aliada ao aumento do desejo de consumo dos jovens, fomentado principalmente pela mídia e a falta de perspectiva de vida desses jovens é uma das explicações, de alguns participantes, para a sua entrada no narcotráfico.

"Eles falam pra mim que é o dinheiro: 'Puxa ... eu quero um tênis não tenho dinheiro, minha mãe também não tem, meu pai também não tem, como é que eu vou comprar o tênis? Tênis de marca, claro. Quero uma bermuda tal e não tenho dinheiro. Se eu quiser hoje por exemplo, se eu quiser comer uma coisa diferente... Pô, estou aqui com dinheiro no meu bolso, alguém vai me dar? Não'".

O afastamento da compreensão do contexto social no qual se insere a população atendida nos serviços públicos de saúde e de educação, é vista como um complicador para a qualidade do trabalho.

"(...) cada vez que tem tiroteio, por exemplo, no dia seguinte as filas aumentam. É problema de hipertensão, principalmente as pessoas idosas, não é? Passam mal. É criança que faz vômito. As crianças estão tudo com diarreia é tudo um reflexo da violência, queixam de dor de cabeça, aí vão no pediatra... 'Ah, é uma virose qualquer'".

Nesse sentido, a compreensão das condições de vida dessas crianças e adolescentes se torna um desafio para profissionais de saúde e de educação, assim como o contexto escolar e das unidades de saúde, nos quais: a precariedade de condições para o seu funcionamento parece adicionar outros desafios. Por outro lado, tais desafios não devem ser imobilizadores, e sim fatores a serem considerados quando se pensa numa educação de qualidade. Portanto, refletir sobre os objetivos, condições concretas, formação dos professores e currículo são fundamentais.

A partir da conferência internacional de Alma-Ata em 1978, a atenção primária em saúde foi priorizada e a OMS enfatizou a necessidade de se estudar o contexto cultural das populações para uma melhor adequação das práticas de saúde. Vários autores têm seguido essa linha de pensamento, ao longo da história da educação e saúde, chamando a atenção para o objetivo de todo processo educativo - a formação do estudante crítico, consciente, ou melhor, cidadão. Mostrando que a formação do cidadão é abrangente e sua realidade cotidiana deve ser considerada no processo ensino-aprendizagem.(Freire, 1977;Briceño-Leon,1996;Valla, 1998; Fonseca, 2000). Nesse contexto, não podemos desvincular desse processo à educação formal e não formal e quiçá a informal. Mas nos atemos as duas primeiras, e com base nas sete teses de Briceño- Leon (1996) sobre a educação sanitária - inspiradas nos ideais de Paulo Freire - pela sua valorização do indivíduo e ênfase na importância de se considerar o contexto social em sua plenitude, ou seja, a importância de se conhecer as crenças, religiosidade e os hábitos que estão intrinsecamente relacionados com fatores como: idade, gênero e as circunstâncias de vida de cada um e a partir destes conhecimentos, compartilhar as construções. Hoje, nessa perspectiva, podemos refletir sobre o processo de formação dos professores e profissionais de saúde.

Preparar um indivíduo crítico e participativo requer acrescentar na sua formação conteúdos que os proporcionem refletir e compreender a realidade social e individual, porque o ser humano se caracteriza tanto social como pessoalmente, sendo distinguido assim de outros indivíduos, e essa identidade se modifica e se expande dependendo do contexto cultural, do ambiente social, político, religioso e econômico que o rodeia em um determinado momento histórico (Freire 1977). Assim como os gestores elaboram os currículos e os professores selecionam seus conteúdos oferecendo o que julgam prioritário segundo sua realidade psíquica e visão da realidade social (Altarugio 2002, Cronin-Jones, 1991 apud Carvalho e Gil-Pérez 2003), os estudantes também selecionam, segundo a sua história de vida, retendo os conceitos que consideram mais importantes (Fonseca, 2000). Estarão os nossos profissionais de biociências e de saúde informados e formados para trabalhar dentro da realidade dos nossos estudantes, quando a realidade é essa?

“Esta região toda está sofrendo uma forte pressão pela violência. Então isso aí está criando uma nova maneira de viver, uma nova mentalidade, porque você deve ver isso, crianças pequeninhas que quando você pergunta: O que você quer ser quando crescer? A criança responde: Bandido”.

Outro aspecto a ser lembrado é o de que o ensino brasileiro baseia-se grandemente no uso de livros didáticos, cujo conteúdo nem sempre condiz com a realidade do educando. Várias questões visualizadas em livros didáticos nos últimos anos apontam: preconceitos raciais, sociais e sexuais; como também erros conceituais e ortográficos; inadequação dos conteúdos, dando a determinados assuntos uma visão reducionista ou até mesmo mecanicista. Observa-se ainda falta de atividades práticas, descrição de experiências mal formuladas, não valorização da experiência de vida do aluno, ausência de referências bibliográficas sobre as fontes consultadas, citações e sugestões de leitura, etc. (Vargas, e cols, 1988; Bizzo, 1996; PNLD, 1999; PNLD, 2005). Muitas das vezes, ilustrados com lindas imagens de verduras e frutas, sendo direcionados para um público, que em boa parte, está longe de poder adquirir nutrientes de tais fontes. Nossos profissionais de saúde, que em sua maioria parecem desconhecer a realidade, também receitam para seus clientes do SUS cardápios variados como esses. Logo, problemas educacionais esbarram em problemas de saúde quando o assunto é pobreza:

“Essas questões fogem da resolução no sistema de saúde A questão é até apreciada, não é? Mas não é resolvida, não tem como resolver. Foge. Ontem, ela comeu água com pé de galinha. Hoje, de repente não tem nem isso, não tem nada

para comer, entendeu? Ontem ela teve pelo menos alguma coisa. Hoje ela só bebe água, só teve água. Então o problema é que a pessoa está doente, vai ao médico, o médico passa os medicamentos, mas tem o problema da alimentação, como é que você vai tratar disso? Você não trata. Como é que você vai resolver? Não resolve”.

Quando os professores e profissionais de saúde se defrontam com a realidade, a impotência, insatisfação, a incapacidade, geram o “stress”, o desânimo. Parece existir um descompasso entre duas realidades: de um lado, a realidade embutida nas propostas dos processos de formação profissional que simbolizam ideais a serem atingidos e, de outro, a realidade escolar e dos serviços de saúde que se encontram imersos em problemas complexos (Altarugio 2002).

A constatação da realidade do sofrimento dos usuários gera outros sofrimentos nos profissionais de saúde, ocasionando um alarmante número de adoecimentos. A hipertensão, depressão e tuberculose são as doenças que mais foram citadas.

"O que está acontecendo é que os profissionais começam a esmorecer. Isso é um dado. É essa a fase que nós estamos vivendo. É isso que nos preocupa. Eu já tive uma tuberculose, 2 tuberculosas oculares; nós tivemos uma outra médica que teve pulmonar e uma médica que teve e um auxiliar de enfermagem. Você fica tão envolvido com o trabalho muito mais tempo do que deveria. E se expõe mais. Isso sem falar em hipertensão, não é? Mas nós estamos com 3 enfermeiras com depressão”.

Segundo Merchán-Hamann (1999), as falhas dos modelos de reflexão teórica sobre a educação em saúde são decorrentes dos seguintes fatores: 1) enfoque individualista, convertendo os sujeitos em entidades alienadas de seu contexto social; 2) diferenças do poder material e simbólico entre as figuras do educador e do educando, gerando um processo educativo nesses moldes unidirecionais, tornando a comunidade passiva, como objeto e alvo de intervenções nas quais não toma parte; 3) visão institucional dos sujeitos sociais como entidades carentes de subjetividade própria; 4) falta de preocupação com o ambiente macrossocial, compreendendo tanto as estruturas objetivas e as relações materiais derivadas dos processos econômicos e sociais, quanto às estruturas simbólicas construídas pela cultura; 5) dissociação dos processos afetivos e cognitivos. O autor propõe assim, práticas de educação para a saúde que incorporem, ao mesmo tempo, o reconhecimento da dignidade e integridade das pessoas envolvidas no processo educativo, bem como a construção de bases democráticas e igualitárias de comunicação nas atividades pedagógicas.

Freire (2003) enfatiza que ensinar exige disponibilidade para o diálogo. Este processo dialógico deve propiciar a participação dos educandos em todos os momentos, onde todos tenham oportunidades iguais e em conjunto atuando com regras diferenciadas confrontando perspectivas e prioridades. Reconhecendo a importância das pesquisas acerca das representações de saúde-doença de determinados grupos, é necessário avançar no sentido de melhorar a qualidade do atendimento. Mas, como fazer ? Quais as estratégias de intervenção que possibilitem mudanças nas concepções e ações desses grupos ?

A articulação de diferentes grupos possibilita a reflexão sobre práticas educativas, sociais e de saúde. Nesse novo campo de conhecimento, multiplicam-se os desafios para melhor compreender as práticas de saúde e as práticas educativas. Para tal, como resgatar com profundidade as experiências de diálogo entre saúde individual e saúde coletiva; relação corpo e

sociedade; entre público e privado; entre cultura e ciência; erudito e popular ? Aumentam as exigências de pesquisas nesse campo que sirvam de subsídios para novas práticas e novas teorias frente às mudanças que ocorrem no campo da saúde, da educação e da sociedade em geral.

A perspectiva trazida pela Educação Popular e Saúde (EPS) fertiliza o debate ao levar em conta as relações estabelecidas entre o mundo da cultura e o mundo da vida, os saberes produzidos a partir das experiências concretas de luta, possibilitando fazer novas leituras da questão da saúde e potencializando a reflexão. Caracteriza-se como prática educativa, ou como educação popular quando estamos construindo cidadania e dignidade e para tal necessitamos acreditar na nossa capacidade de nos tornarmos sujeitos individuais e coletivos com critérios de análise próprios (Vasconcellos, 1998). Quando falamos de Educação Popular estamos nos referindo a inúmeras experiências (inspiradas em Paulo Freire) populares, práticas, metodologias, mecanismos de operação, instrumentos de análise, reflexões de significado que orientam práticas de saúde, práticas educativas, concepções de saúde, - representações entre outros espaços de socialização de saber.

Na Conferência Mundial sobre la Ciencia, em Budapeste, 1999 declarou-se que: para um país estar em condições de satisfazer as necessidades fundamentadas da sua população, o ensino das ciências e a tecnologia é um imperativo estratégico. Como parte dessa educação científica e tecnológica, os estudantes deveriam aprender a resolver problemas concretos e a satisfazer as necessidades da sociedade, utilizando suas competências e conhecimentos científicos e tecnológicos. No Manifesto "Compromisso por uma educação para a sustentabilidade", proposto no III Seminário Ibérico Ciências, Tecnologia e Sociedad - CTS - no Ensino das Ciências, realizado em Junho de 2004, em Aveiro, Portugal, (Carvalho e Cols 2005) encontram-se sintetizadas diversas questões do presente trabalho.

“Vivemos numa situação de autêntica emergência planetária, marcada por toda uma série de problemas estreitamente relacionados: contaminação e degradação dos ecossistemas, esgotamento de recursos, crescimento incontrolado da população mundial, desequilíbrios insustentáveis, conflitos destrutivos, perda de diversidade biológica e cultural...”

Em outro trecho, o Manifesto, nos incita a assunção de diversos compromissos como: (...) que toda educação, tanto formal (desde a escola primária até a universidade) como informal (museus, mídia...), preste sistematicamente atenção à situação do mundo, com a finalidade de proporcionar uma percepção correta dos problemas e de fomentar atitudes e comportamentos favoráveis para construir um desenvolvimento sustentável. Segundo Carvalho (2005), a educação científica deve assumir um caráter de objetivo social prioritário na sociedade atual:

(...) tanto para a preparação de futuros cientistas, como para a formação de cidadãos susceptíveis de participar na tomada fundamentada de decisões em torno de problemas sócio-científicos e sócio-tecnológicos cada vez mais complexos.

O reconhecimento da interligação entre degradação ambiental e social pode oferecer subsídios para a identificação da necessária inclusão de temas de estudos posicionados num campo de interseção tanto na formação (acadêmica e continuada) dos profissionais de saúde, quanto na formação dos profissionais de educação (em especial os de ensino de ciências).

Nesse sentido, a reflexão sobre as causas da pobreza precisa entrar na pauta de discussões, assim como estão atualmente as suas conseqüências. A inclusão de ambas as discussões parecem ser necessárias na formação dos profissionais de saúde e educação. Por ser um grave problema social, deveria ser incluída na educação (entendida num sentido mais amplo) da população em geral. Não se trata, no entanto, apenas incluir a questão da pobreza no ensino de forma tradicional, por exemplo, autoritariamente dissertando sobre estatísticas nas quais bilhões de pessoas perecendo podem se transformar em um número a ser analisado friamente. Mas de metodologias que fomentem a reflexão, envolvendo também as emoções dos estudantes. De modo que pensem sobre o que vêm e sentem; que se sintam desafiados, incomodados, indignados (no sentido Freireano) pela não-mobilização pessoal e coletiva. Que esses processos auxiliem no despertar de uma noção de cidadania que envolva todos, inclusive os pobres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação pode reafirmar o compromisso de formação e reformulação de conceitos dos participantes, constituindo um genuíno espaço de criação de cultura, visto este ser marcado fundamentalmente pela virtude de trabalhar os limites em nome dos desafios e os desafios dentro dos limites (Demo 2003) e até transpondo os limites superando os desafios. Esperamos encontrar formas para que essas discussões se estendam a outros profissionais de saúde e de educação que atuam junto à população em ensino formal e não-formal. E partindo do exemplo da região da Leopoldina, contribuir para um processo de ampliação do saber no campo da saúde e das condições de vida (Souza *et al.* 2003).

A análise do material coletado aponta para um diagnóstico das condições de vida e de saúde-doença da população, além de permitir identificar as alternativas que essa população adota diante dos limites de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, foi atingido o objetivo geral do projeto que consiste na organização de um sistema de vigilância capaz de identificar os problemas de saúde da população e os recursos que ela encontra para enfrentá-los (Valla *et. al* 2005).

Cabe ressaltar que já é possível vislumbrar algumas possíveis contribuições para a formulação de políticas públicas nas áreas de saúde e educação. O produto obtido nesse projeto é a elaboração e a implementação de uma nova metodologia de Ouvidoria Coletiva em vigilância da saúde. Essa proposta de Ouvidoria Coletiva tem se mostrado importante também para os profissionais de saúde, na medida em que se sentem participantes desse processo de construção do diagnóstico das condições de vida da população. Isso favorece a reflexão sobre o cotidiano do seu trabalho e formas de aprimoramento do mesmo. Os dados sistematizados pela Ouvidoria também podem auxiliar os profissionais em sua interlocução com os gestores para repensar a atuação dos serviços.

REFERÊNCIAS

- Altarugio Maria Helena. O que significa educar para a realidade? Trabalho apresentado **no IV Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**. 2002.
- Alves Rubem. **A alegria de ensinar**. 8a edição. Campinas: Papyrus, 2004.
- Bizzo N. Graves erros de conceito em livros didáticos de ciência. **Ciência Hoje** 21(121): 26-35. 1996
- Boff Leonardo. **Ecologia Social Pobreza e Miséria**. Disponível em <<http://www.ecoterrabrasil.com.br>> Acesso em: 14/02/2005.
- Bosi Éclea. **Simone Weil - A Razão dos Vencidos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

- Briceño-Leon Roberto 1996. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Cadernos de Saúde Pública**, 12, p.7-30, jan-mar.1996
- Cachapuz António, Gil-Perez Daniel, Carvalho Ana Maria Pessoa, Praia João, Vilches Amparo (Orgs). **A necessária renovação do ensino das ciências**. São Paulo: Cortez Editora, 2005
- Carvalho Maria Alice, Acioli Sonia, Stotz Eduardo. O processo de construção compartilhada do conhecimento uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In Vasconcellos Eymard. **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.
- Carvalho Ana Maria, Gil-Pérez Daniel. **Formação de professores de ciências**. 7a edição. São Paulo: Cortez Editora, 2003.
- D'Ambrosio U. Obsolescência Institucional e Degradação Ambiental e Social. **Cadernos de Saúde Pública**, 8 (4), p.466-469, out/dez. 1992
- Demo Pedro. **Pobreza da Pobreza**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- Fonseca, Lana; Ensino de ciências e saber popular. In: Valla Victor. **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: D P & A Editora., 2000. p. 87-104.
- Freire Paulo. **Extensão ou Comunicação?** 3a edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1977. _____ **Pedagogia do Oprimido**. 17a edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987.
- Funtowicz S & Ravetz J. Ciência Pós-normal e Comunidades Ampliadas de Pares face aos Desafios Ambientais. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** 4(2):219-230. 1997.
- Iorio C. Algumas Considerações sobre Estratégias de Empoderamento e de Direitos. Documento Temático n.1 apresentado no Seminário Internacional: **Os Enfoques de Empoderamento e Direitos em Combatendo a Pobreza Juntos**. , Rio de Janeiro, Brasil, 4 - 6 Setembro. 2002
- Kliksberg, Bernardo. **Por uma economia com face mais humana**. Brasília: UNESCO, 2003.
- Martins José. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Lefèvre Fernando, Lefèvre Ana Maria. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisas qualitativas (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- Lima Carla, Valla Victor. **Conhecendo a Região da Leopoldina: Religiosidade Popular e Saúde**. Rio de Janeiro: CEPEL/ENSP/FIOCRUZ, 2003.
- Merchán-Hamann E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(suppl. 2), p. 85-92. 1999
- Oliveira, Vera. Política de saúde: as bases históricas da estruturação do SUS. Trabalho apresentado no 4o Encontro Nacional da ABCP. PUC. RJ. 21-14 julho 2004
- PNLD. **Princípios e critérios para a avaliação de livros didáticos de 5ª a 8ª séries**. 1999. Disponível em < <http://Darwin futuro.usp.br/pnld/criterios.html>. > Acesso em: 20/08/2005.
- PNLD. **Críticos de avaliação de livros didáticos**. Área: ciências. 2005. Disponível em < <http://www.mec.gov.br/sef/fundamental/GuiaDeAvaliacao.shtm>. > Acesso em: 19/08/2005
- Santos, Milton. **Pobreza urbana**. São Paulo: Hucitec, 1979.
- Soares Marisa, Silva Cesar Luiz; Barreto Magali; Baptista Darcílio; Borges Denise. Solução de problemas em saúde e ambiente: ciência pós-normal e comunidade ampliada de pares em um município brasileiro de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 3(2): 115-123.1998
- Souza Kátia, Rozemberg Brani, Kelly-Santos Adriana, Yasuda Nancy, Sharapin Marta. O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública** 19(2):495-504. 2003.
- Schwartzman Simon. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.

- Tesser CD, Luz Madel, Campos GWS. Representações, tradições e construtivismo: algumas reflexões exploratórias. Texto apresentado no **seminário racionalidades médicas**. UERJ. 2000.
- Valla VV. Globalização e Saúde no Brasil: A Busca da Sobrevivência pelas Classes Populares Via Questão Religiosa. In: Vasconcellos Eymard (Org.) **A Saúde nas Palavras e nos Gestos**. Hucitec. São Paulo. 2001. p. 39-62.
- _____. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. Campinas: Editora Autores Associados, n. 19, p. 63-75, Jan.Fev.Mar.Abr., 2002.
- Valla Victor, Hollanda Eliane. A Escola Pública: Fracasso escolar, saúde e cidadania In: Valla Victor e Stotz Eduardo (Org.) **Educação Saúde e Cidadania**. 2ª edição. Vozes. Petrópolis. 1996. p. 53-86.
- Vargas CD, Mintz V, Meyer MAA. O corpo humano no livro didático ou de como o corpo didático deixou de ser humano. **Educ Rev**, 8, p. 12-18. 1988.
- Vasconcellos Eymard. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, 14(supl. 2), p. 39-57. 1998.