

Cezar Wagner de Lima Góis

SAÚDE COMUNITÁRIA

PENSAR E FAZER



EDITORA HUCITEC



Saúde em Debate 183
direção de
Gastão Wagner de Sousa Campos
Maria Cecília de Souza Minayo
Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Marco Akerman
Marcos Drumond Júnior
Yara Maria de Carvalho

ex-diretores
David Capistrano Filho
Emerson Elias Merhy
José Ruben de Alcântara Bonfim





SAÚDE EM DEBATE

ÚLTIMOS LANÇAMENTOS (2006 E 2007)

- Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva*, Rogério Carvalho Santos
- As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura*, Marilene Cabral do Nascimento
- Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon
- Tratado de Saúde Coletiva*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)
- Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática*, Paulo Rosenbaum
- A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde*, Nelson Filice de Barros
- A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
- Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos*, Ana Maria Canesqui (org.)
- Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas*, Ana Luisa Zaniboni Gomes
- SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública*, Vânia Barbosa do Nascimento
- Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre...*, Gastão Wagner de Sousa Campos
- Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral*, Anamaria Cavalcante Silva

SÉRIE "LINHA DE FRENTE"

- Ciências Sociais e Saúde no Brasil*, Ana Maria Canesqui
- Avaliação Econômica em Saúde*, Leila Sancho
- Promoção da Saúde e Gestão Local*, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)

AS DEMAIS OBRAS DA COLEÇÃO "SAÚDE EM DEBATE"
ACHAM-SE NO FINAL DO LIVRO.



SAÚDE COMUNITÁRIA

PENSAR E FAZER







CEZAR WAGNER DE LIMA GÓIS

SAÚDE COMUNITÁRIA
PENSAR E FAZER



ADERALDO & ROTHSCHILD EDITORES
São Paulo, 2008





© 2007, de Cezar Wagner de Lima Góis.
© desta edição, de
Aderaldo & Rothschild Editores Ltda.
Rua João Moura, 433
05412-001 São Paulo, Brasil
Tel./Fax: (55 11)3083-7419
(55 11)30609273 (atendimento ao Leitor)
lerereleler@hucitec.com.br
www.hucitec.com.br
Depósito Legal efetuado.
Coordenação editorial
MARIANA NADA



CIP-Brasil. Catalogação-na-Fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ





Caboclo Roceiro

PATATIVA DO ASSARÉ

Caboclo Roceiro, das plaga do Norte
Que vive sem sorte, sem terra e sem lar,
A tua desdita é tristonho que canto,
Se escuto o meu pranto me ponho a chorar

Ninguém te oferece um feliz lenitivo
És rude e cativo, não tens liberdade.
A roça é teu mundo e também tua escola.
Teu braço é a mola que move a cidade

De noite tu vives na tua palhoça
De dia na roça de enxada na mão
Julgando que Deus é um pai vingativo,
Não vês o motivo da tua opressão

Tu pensas, amigo, que a vida que levas
De dores e trevas debaixo da cruz
E as crides constantes, quais sinas e espadas
São penas mandadas por nosso Jesus

Tu és nesta vida o fiel penitente
Um pobre inocente no banco do réu.

7



Caboclo não guarda contigo esta crença
A tua sentença não parte do céu.

O mestre divino que é sábio profundo
Não faz neste mundo teu fardo infeliz
As tuas desgraças com tua desordem
Não nascem das ordens do eterno juiz

A lua se apaga sem ter empecilho,
O sol do seu brilho jamais te negou
Porém os ingratos, com ódio e com guerra,
Tomaram-te a terra que Deus te entregou

De noite tu vives na tua palhoça
De dia na roça , de enxada na mão
Caboclo roceiro, sem lar , sem abrigo,
Tu és meu amigo, tu és meu irmão.





SUMÁRIO



	PÁG.
Agradecimentos	11
Prefácio	13
Apresentação	17
PARTE I	
Introdução	
PROBLEMATIZANDO A SAÚDE	21
Capítulo 1	
A VIDA É A REFERÊNCIA DO VIVER	29
Dançar a vida	32
Cultura biocêntrica	34
Capítulo 2	
PRÁXIS DE VIDA, LIBERTAÇÃO E CIDADANIA	42
Ideologia, subjetividade e dominação	47
Conscientização	61
A cidade que se quer saudável	70



10	sumário	
Capítulo 3		
PSICOLOGIA COMUNITÁRIA		77
Comunidade		81
Atividade comunitária		86
Sujeito da comunidade		92
Desenvolvimento comunitário		94
PARTE II		
Capítulo 4		
SAÚDE COMUNITÁRIA		99
SUS e atenção básica em saúde		104
Enfoque biocêntrico da saúde/doença		109
Usuário e usuárias pobres.		117
Estresse continuado		123
Capacidade de enfrentar o estresse do cotidiano		134
Capítulo 5		
MÉTODOS E ESTRATÉGIAS		141
Método facilitar-pesquisando		143
Estratégias de facilitação		163
Capítulo 6		
TÉCNICAS DE FACILITAÇÃO		183
Capítulo 7		
FACILITADOR DE GRUPOS		242
CONSIDERAÇÕES FINAIS		247
REFERÊNCIAS		251



DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS



A todos e a todas que, pelas ruas, campos, praias, montanhas e Amatas da Ameríndia e do Brasil de Pindorama, constroem o sonho da democracia e de uma cultura referenciada na vida, no amor e nos direitos humanos.

A minha mãe, por seu amor e vida aos 94 anos.

A meu pai, cearense e candango, poeta, visionário e lutador por uma sociedade democrática e um Serviço Público competente e ético.

A meus irmãos e irmãs, sobrinhos e sobrinhas, por tanto tempo de convivência e carinho.

A meus filhos e filhas Sara, Davi, Pedro e, também, Mariana, que considero como uma filha, por me darem amor e energia para seguir fazendo o que faço e a viver como vivo. Amo vocês.

A Mel, querida neta, todo o meu amor.

A Luciane, amor e companheira de caminhar, por todos os instantes vividos juntos aqui e em outros tantos lugares.

A Dona Neli, filhas, genros, netos e netas, pela acolhida e amor.

A Silvia e Dorinha, pela atenção e cuidados no cotidiano.

A todos os meus amigos e amigas, pela amizade.

A Ruth Cavalcante, pela grande colaboração nessa caminhada de compromisso popular e Biodança.

Ao companheiro amigo Odorico, visionário e realizador de uma saúde democrática e efetiva.



Aos movimentos sociais, associações comunitárias, organizações públicas, ongs e prefeituras, com os quais compartilhei e compartilho momentos de construção de um mundo melhor.

Ao Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais — IPF e ao Centro de Desenvolvimento Humano — CDH, pela caminhada profissional e amiga.

A Escola de Biodança do Ceará, por difundir o Princípio Biocêntrico e a Biodança.

A Ivana, Aldo, Ana Luiza, Junio, Ray, Luciane, Karine e Hugo que, gentilmente, escreveram a respeito de algumas abordagens, técnicas e concepções de trabalho no meio popular para enriquecer o Capítulo 6 deste livro.

Aos professores, estudantes e funcionários do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, pela troca de saberes, apoio e convivência.

Ao Laboratório de Estudos Sobre a Consciência — Lesc-PSI, ainda nascente e já trazendo nova discussão no campo da consciência para dentro do Curso de Psicologia da UFC.

Ao Núcleo de Psicologia Comunitária — Nucom, onde teci minha caminhada acadêmica em Psicologia Comunitária e que tanta contribuição vem dando ao longo do tempo à construção de uma Psicologia Comunitária Libertária.



PREFÁCIO



*C*ezar Wagner, mais do que professor da Universidade Federal do Ceará, é intelectual orgânico. É referência internacional em psicologia comunitária, educação biocêntrica e planejamento participativo. De forma consciente e fundamentada em seu compromisso social e numa visão de que a ciência não é neutra, elegeu a luta pela promoção da vida dos excluídos em nossa sociedade desigual como prioridade de seu trabalho cotidiano.

Mais uma peculiaridade importante do autor deve ser destacada. Ele faz uma opção pelo povo oprimido e constrói este trabalho coletivamente, de forma amorosa, destacando a todo o momento a importância da afetividade nas relações humanas.

Neste trabalho, ele inicialmente traz para nossa reflexão as bases epistemológicas de sua práxis. Inicia propondo a superação da visão antropocêntrica de nossa sociedade por uma cultura biocêntrica, em que o “Planeta Terra” e a “Vida” em si devem ser valorizados e protegidos, e não apenas o “homem”, deixando claro que a vida humana é apenas um fio do tecido terrestre. Propõe que dancemos em harmonia com o cosmo: “tecer a vida é, a cada dia, celebrar o ato criador, sentir-se brotando por dentro e por fora. . .”

Foca seu interesse no pensamento político e na produção de intelectuais latino-americanos engajados, entendendo que a superação das injustiças sociais e a libertação dos povos deste continente



devem ser o farol da produção científica regional. Elege na construção de seu diálogo grandes intelectuais latino-americanos igualmente engajados, como Paulo Freire, Enrique Dussel e Leonardo Boff, não deixando de lado a produção de filósofos e cientistas de outros continentes, como Vigótski e Rogers.

Segue seu trabalho discutindo os conceitos de ideologia, subjetividade, dominação e conscientização, fundamentais para a construção, como ele propõe, de um processo de ação — reflexão — ação renovada ou práxis, em busca da libertação, da cidadania e de cidades saudáveis.

O autor destaca que a participação social e a mobilização social são processos imprescindíveis na superação das desigualdades e injustiças, construindo sujeitos autônomos, possuidores de uma consciência crítica e cidadã.

Cezar Wagner prossegue definindo e descrevendo a Psicologia Comunitária, como uma área da psicologia social voltada para a compreensão da atividade comunitária como atividade social significativa própria do modo de vida da comunidade, que tem como objetivo a expressão e desenvolvimento do “sujeito da comunidade”, mediante o aprofundamento da consciência dos moradores com relação ao seu modo de vida. Este aprofundamento da consciência resulta de um esforço interdisciplinar voltado para a organização e o desenvolvimento das pessoas, dos grupos e da comunidade.

Para ele, a Psicologia Comunitária estuda os significados e sentidos, assim como os sentimentos pessoais e coletivos da vida da comunidade. Estuda o modo como esse sistema de significados, sentidos e sentimentos se encontra e se transforma nas atividades comunitárias e nas condições gerais de vida dos moradores.

O autor continua conceituando e problematizando os conceitos de comunidade, atividade comunitária, sujeito da comunidade e desenvolvimento comunitário.

Na segunda parte do livro, ele aproxima sua discussão da realidade do Sistema Único de Saúde e da atenção básica de saúde, e esclarece o enfoque biocêntrico da saúde/doença. Neste esforço de contribuir na construção de sujeitos autônomos, aprofunda o estudo sobre o sofrimento do usuário pobre do nosso



sistema de saúde, submetido a um estresse continuado em função de suas condições de vida. O autor destaca ainda os elementos que fortalecem a capacidade de enfrentar o estresse do cotidiano. Neste último tema, o autor ressalta o papel importante que pode ser exercido pelo profissional que atua na saúde comunitária com o propósito de apoiar os indivíduos, a família e a comunidade para o enfrentamento do estresse.

Cezar Wagner traz uma grande contribuição para as equipes de saúde da família, descrevendo, a partir daí, na terceira parte do livro, um valioso conjunto de métodos, estratégias e técnicas para a prática do intervir-pesquisando na comunidade e para estimular a participação e a mobilização social como processos facilitadores da saúde e da transformação social.

Fortaleza, final da quadra chuvosa de 2007

— LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE







APRESENTAÇÃO



ESTE LIVRO traz uma preocupação maior, a de debater sobre o processo de construção da saúde/doença na perspectiva da Saúde Comunitária como práxis de vida, libertação e cidadania, por entendermos a saúde como tema de ecologia, democracia e justiça social, uma questão a ser encarada no interior da luta contra as desigualdades sociais e a destruição da Natureza em nosso país e em favor da equidade social e da ecologia.

A história da formação do nosso povo e a situação atual da sociedade brasileira, fecunda de possibilidades, experiências e lutas, também marcada pela herança colonial, escravista (índios e negros) e classista, constituem o solo para o debate sobre a Saúde Comunitária e suas formas de atuação no Brasil de Pindorama.

O que está presente nos capítulos é fruto de experiências acumuladas e reflexões na luta por um país democrático e popular, no convívio com os movimentos populares e na atuação em Psicologia Comunitária, no que diz respeito a ensino, pesquisa e extensão (cooperação) no Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, especificamente, no Núcleo de Psicologia Comunitária — Nucom e no Laboratório de Estudos Sobre a Consciência — Lesc.

Ao longo do livro, trazemos estudos e experiências que reforçam nosso olhar sobre a Saúde Comunitária como práxis de vida, libertação e cidadania, um olhar referenciado no Princípio Biocêntrico,



na Psicologia Comunitária e no enfoque sociopsicológico em saúde. Procuramos apresentar a saúde do ponto de vista epistemológico, transitando pelo teórico e ideológico, até chegar ao metodológico e técnico, sempre situando o posicionamento vivencial, científico, ético e político do autor.

O livro está dividido em duas partes, contendo, a primeira, capítulos que tratam do marco geral da discussão sobre Saúde Comunitária. A Parte I compreende os seguintes capítulos: A vida é a referência do viver; Práxis de vida, libertação e cidadania; e Psicologia Comunitária. A Parte II contém os capítulos: Saúde Comunitária; Métodos e Estratégias; Técnicas de Facilitação; e Facilitador de Grupos.

Esperamos que este livro possa contribuir com o debate e a prática na atenção primária em saúde, na proteção social básica e junto aos movimentos populares, bem como estimular a discussão sobre a formação profissional em saúde nos diversos cursos existentes para tal fim nas universidades públicas.





PARTE I
Problematizando a saúde
A vida é a referência do viver
Práxis de vida, libertação e cidadania
Psicologia comunitária





Introdução

PROBLEMATIZANDO A SAÚDE



A SAÚDE revela uma realidade complexa, difícil de precisar, por envolver elementos de natureza multidimensional (eco-sócio-orgânico-psicológico) que se manifestam de modo multidirecional. Mesmo assim, arriscamos dizer que a saúde deve ser entendida não somente como ausência de doença, mas, principalmente, como algo positivo, um processo natural de expressão, integração e harmonização da vida em cada ser vivo, em cada espécie e em cada hábitat físico e social. A saúde vista numa perspectiva ecológica e biocêntrica (referenciada na vida), que não tem nada que ver com o vitalismo nem com o biologicismo da prática médica tradicional voltada para a doença.

A saúde expressa a vida em todas as suas manifestações individuais e coletivas, do unicelular ao vegetal, dos peixes e aves ao ser humano. Demonstra a capacidade do organismo/pessoa de realizar seu potencial evolutivo em suas possibilidades e formas de manifestações nas diversas situações ambientais e sociais em que vive, seja uma árvore, um pássaro ou um indivíduo. No ser humano essas potencialidades e manifestações encontram-se nas esferas ecológica, social, orgânica, psicológica e espiritual.

A saúde envolve a homeostase (regulação do funcionamento organísmico), a transtase (regulação do crescimento organísmico), a autonomia e o processo de expressão e desenvolvimento da



individualidade do ser vivo em seu espaço físico-social. No caso do humano, inclui-se a expressão e fortalecimento da identidade pessoal.

Cada espécie tem seus limites e possibilidades de atuação (atividade da espécie), além de um modo de se cuidar, de sobreviver e desenvolver-se como espécie, indivíduo e organização coletiva. Isso quer dizer que a saúde está na pauta da sabedoria da vida, na de cada espécie, porém, no ser humano, essa sabedoria enreda-se nos processos de consciência e historicidade de um grupamento social ou coletividade, numa dada organização socioideológica que, também, se apresenta como significado (coletivo), sentido (pessoal) e sentimento individual e coletivo.

Todos os seres vivos estão submetidos a um processo natural de saúde/doença favorável ou não à sobrevivência dos organismos e da própria espécie. No jogo ecológico, os organismos nascem, vivem e morrem, bem como as espécies, mas a partir da sociedade humana esse jogo passa a ter regras culturais, a organização social passa a exercer papel preponderante no processo saúde/doença, não só dos seres humanos como também de outros animais. Muitas espécies estão sendo destruídas pela própria ação humana, como outras estão sendo protegidas.

Podemos dizer com clareza que a saúde é uma questão de ecologia e vida social, e a doença um problema de ruptura ecológica e desigualdade social, geralmente praticada pelo ser humano mediante uma prática cultural baseada em valores antívida.

Cada vez mais, ao longo da jornada civilizatória, a cultura humana impõe-se como questão central no processo saúde/doença, ora estendendo a vida por mais anos, ora a destruindo com enorme facilidade e rapidez. Nesse jogo que é social, ideológico, o ser humano arvora-se em detentor do poder de curar e, para isso, produz e acumula conhecimentos sobre a saúde e a doença em seu caminhar cultural.

Hoje, temos profissões voltadas para esse processo marcadamente social de cuidar tanto dos seres humanos como de outros animais. É fato que existem profissionais voltados para a saúde de diversas espécies, porém é preciso dizer que alguns cuidam dentro do princípio economicista e outros segundo o princípio biocên-

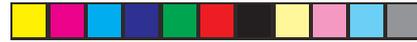


trico (Toro, 1991). Neste último, os animais e plantas são seres vivos participantes de uma grande dança da vida, e não mercadorias de valor de mercado, como no princípio economicista.

Há claramente uma grande diferença entre o que é hegemônico em nossa sociedade (coisificação da Natureza, exploração do homem pelo homem, utilitarismo, consumismo, tudo é mercadoria) e o princípio biocêntrico (a vida como referência maior). Lamentavelmente, o que prevalece ainda hoje é o valor de mercado para definir que ser vivo ou meio ambiente deve ser cuidado em sua saúde e com qual finalidade. Outras vezes, menos, prevalece a necessidade de proteger a espécie humana, que exige uma prática de cuidado ambiental. Nesta, a preocupação é o desenvolvimento sustentável, tentativa de garantir a sobrevivência das próximas gerações humana. Muito pouco, ainda minoria, o ato de cuidar revela-se como consciência ecológica profunda e cidadã — o respeito e o amor aos seres vivos (incluindo o ser humano) e à Natureza em geral.

Para que cuidar das onças, dos lobos guarás, da lagosta, dos peixes, do camarão, das tartarugas-marinhas, das baleias, da avestruz, dos beija-flores, das plantas, florestas, montanhas, rios e tantos mais?

Por esse prisma, focalizando o ser humano, vemos algo parecido. Alguns seres humanos são bem mais cuidados, e outros, a maioria, são menos cuidados ou não são cuidados. Pessoas mais preciosas para a sociedade, na ótica do mercado e do poder, são bem cuidadas, respeitadas, ao passo que a maior parte da população não é cuidada por não ser considerada preciosa. No primeiro caso, temos o princípio economicista e de classe, e no segundo, temos o respeito à vida e a prática da cidadania. Envergonha ver, em pleno século XXI, em 2007, que o direito à vida ainda está longe de prevalecer sobre a propriedade privada e as diferenças de classes sociais. Todavia, a caminhada pela vida continua. O grande desafio é superar as barreiras socioideológicas historicamente levantadas e que impõem relações socialmente desiguais entre os indivíduos e práticas ambientais depredadoras, e construir um sistema social equitativo provedor de proteção e oportunidades para todos em suas diferenças, que cuide também da Natureza com amor, pois a saúde



implica, entre outras questões, o combate às desigualdades sociais e à destruição do meio ambiente.

Nessa luta temos de reconhecer o papel dos movimentos sociais e ecológicos, como, também, especificamente, nos orgulhar de uma importante conquista dos movimentos de saúde visando democratizá-la em nosso país. Essa conquista chama-se SUS (Sistema Único de Saúde), um sistema que rompe com a saúde elitista e tradicional por se orientar pelo direito à vida e à cidadania, preconizando a universalização do atendimento e a participação social. Nele, a saúde ganha espaço sobre a doença e o paciente é visto como cidadão, passando este a exercer papel ativo na construção de sua saúde e na da coletividade. Busca-se a saúde de toda a população e não a saúde para alguns setores da sociedade.

Fica evidente, hoje, o avanço na direção das idéias e práticas democráticas em saúde que tratam, principalmente, da prevenção, da promoção, da educação, da humanização, do acolhimento, da atenção primária e do controle social. Isso reforça o aparecimento de práticas e modelos de saúde mais condizentes com os anseios e necessidades da população. Por esses avanços vemos que o modelo médico biologicista cede terreno aos modelos sociocêntrico e biocêntrico. A sociedade participa mais, especialmente os movimentos de saúde, mediante a formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde (controle social da saúde).

Estamos no começo, ainda é grande o desrespeito à Natureza, tanto quanto o desrespeito aos seres humanos, há carência de cidadania. A profunda desigualdade social em nosso país continua fazendo pessoas de segunda e terceira categorias. Primeiro mundo, segundo mundo, terceiro mundo, primeira pessoa, segunda pessoa e terceira pessoa. Está na hora de se acabar definitivamente com essa classificação nazi-fascista nas relações internacionais e nas relações sociais de uma mesma sociedade.

Na esfera da saúde, o SUS vai nesse sentido (saúde direito de todos e dever do Estado) e avança quando enfatiza a atenção primária, pois esta significa não só proximidade dos serviços de saúde com relação ao lugar de moradia, a reorganização dos serviços e a qualificação dos profissionais de saúde, mas, também, a participação social e a mobilização social. Nela se reconhece a expe-



riência do cidadão, sua responsabilidade, sua capacidade para aprender e sua competência para lidar com as questões de saúde.

A atenção primária, por acontecer onde o povo está, por meio do encontro solidário entre profissionais e moradores, em vez da relação médico-paciente tradicional, cria uma nova relação entre profissional e usuário(a), democratiza a saúde e pode servir de referência para a reorganização de todo o sistema de saúde. Podemos dizer ainda que a atenção primária se referencia na construção social da saúde, no amor e respeito a todas as pessoas de uma comunidade, qualquer que seja, e o cuidado ambiental.

Contextualizar a atenção primária nos países colonizados, especialmente no Brasil de Pindorama, no Nordeste brasileiro, significa dialogar sobre a potencialidade e pobreza nordestinas, sobre seu povo e meio ambiente, ora nordestino ora “nordestinado” (Nepomuceno, 2003), seu vigor e beleza, suas culturas, seu valor e poder, seus sonhos e esperanças, seu sofrimento, sua fome e desamor, suas relações de dominação, sua ignorância e fatalismo, sua religiosidade, sua dependência e sua mentalidade escravista incrustada em nossa sociedade. Significa também dialogar sobre o semi-árido, sua desertificação e capacidade de recuperação, além do seu potencial para gerar e desenvolver a vida nordestina em todas as suas manifestações sociais e naturais.

Tudo isso nos leva a conceber as ações de saúde com base em uma práxis de vida, libertação e cidadania, uma práxis comunitária que rompe com a dominação social e a destruição do meio ambiente e aponta para um futuro ético, cidadão e ecológico. No nosso caso, a partir do que é a cidade de Fortaleza, do que é a comunidade, do que é a Natureza presente, do que é a saúde para os seus moradores e do que é a vida na periferia da nossa cidade, como também o que significam para nós as nossas praias, vegetação, riachos, rios e mangues e o que está se passando com eles em razão da urbanização depredadora.

Tomando como referência o Princípio Biocêntrico (Toro, 1991) e a Psicologia Comunitária (Góis, 1994), entendemos que as ações de saúde devem ser prioritariamente ações de vida, libertação e cidadania, e que a Saúde Comunitária deve pautar-se pela criação de estruturas de referência, mobilização e aprendizado na e da



comunidade, estimulando e favorecendo a participação dos profissionais de saúde, das famílias e dos moradores em geral, num esforço de construção do sujeito individual e do sujeito coletivo, de uma rede formal e informal de cuidado e educação em saúde. Aqui, o conjunto das políticas públicas é pensado na perspectiva da cidadania, ecologia e bem-estar humano e social, a partir da diferenciação social do espaço urbano (concentrações nobres e concentrações proletárias), dos territórios identificados e não inventados, e das comunidades pobres da cidade. A referência é o respeito à vida e à luta do povo, seu “pelejar” e sofrimento, sua força, os quais constituem a fonte perene que nos guia para falar de saúde, especialmente na atenção primária.

Afastar-se dessa fonte é distanciar-se da vida e do drama do nosso povo negado, oprimido e explorado, é obscurecer o verdadeiro papel da atenção primária em nosso país; é esconder aos nossos próprios olhos a destruição da natureza presente em nosso município. Nós, profissionais de saúde, queiramos ou não, estamos diante dessa realidade social e ambiental em nosso cotidiano, por isso não nos podemos anestesiar e deixar de assumir um papel libertário e ecológico em saúde e em qualquer forma de ação social.

Toda ciência social e humana, aqui incluídas as ciências da saúde, ao mergulhar no drama dos povos colonizados e explorados, se refaz como ciência libertadora. Nessa perspectiva é que entendemos as ciências da saúde na América Latina (América Latina), obviamente, em Fortaleza.

Um pensamento de Che Guevara, exibido na entrada de um hospital de Havana, mostra seu olhar sobre a saúde: “Mais vale a vida de um único ser humano que toda a riqueza do homem mais rico da terra”. Outro pensamento, de um líder indígena do povo seattle, diz: “O que ocorrer com a terra recairá sobre os filhos da terra. O homem não tramou o tecido da vida; ele é simplesmente um de seus fios. Tudo o que fizer ao tecido, fará a si mesmo”.

Essa é a razão deste livro, propor um olhar sobre a saúde a partir de uma práxis de vida, libertação e cidadania na e em comunidade. Com essa intenção, buscamos, nos primeiros capítulos, problematizar o que entendemos como fundamentos da Saúde



Comunitária, quer dizer, a vida, a ideologia e a consciência, temas que trazemos com base na Visão Biocêntrica e na Psicologia Comunitária.

Queremos, também, nessa introdução, explicar o sentido das palavras: “Ameríndia” e “Pindorama”. As empregamos associadas às expressões “América Latina” e “Brasil”. Primeiramente, por uma posição ética ante uma América que inclui os povos pré-colombianos e outros povos, culturas e línguas que não as de origem européia. Segundo, por vivermos uma realidade de opressão e exploração que, também, marca completamente a vida desses povos, ainda hoje resistindo.

“Ameríndia” significa para nós a América de diversos povos vivendo num espaço geográfico, histórico, cultural e humano, cuja origem remonta aos primeiros habitantes pré-históricos e chega até os nossos dias, em um processo de reconstrução permanente ao longo de uma caminhada civilizatória iniciada milhares de anos antes de Colombo e, com a presença deste, modificada em outra direção pela cultura européia. Esta se impôs sobre as outras e destruiu grande parte das existentes. Não bastando isso, os europeus trouxeram da África outros povos como escravos e, mesmo depois de mais de um século de abolição, seus descendentes vivem, em sua grande maioria, nas favelas atuais como explorado e oprimido. Mesmo assim, a resistência dos povos indígenas e dos afro-brasileiros continua até hoje.

É claro que a América atual tem outro desenho geográfico, político, étnico e humano, como antes outros desenhos existiram. São configurações que se vão fazendo desde milhares de anos por vários povos vencedores e vencidos que aqui habitaram e habitam. A última configuração vem da colonização européia e das lutas pela independência das colônias governadas, principalmente, por Inglaterra, Espanha e Portugal. Nessa fase da colonização três culturas se encontraram e, desde então, marcam a América/Ameríndia de forma socialmente desigual — a indígena, a européia e a africana.

Com a expressão “Ameríndia” e, também, com a expressão “Pindorama”, denominação tupi que significa “Terra das Palmeiras”,



a terra dos povos que aqui viviam e que receberam de braços abertos os portugueses de Pedro Álvares Cabral, assinalamos um compromisso étnico e um olhar ético (Dussel, 1998) que assumem com clareza histórica, cultural e social, essa realidade profunda que, também, marca verdadeiramente o povo brasileiro (Ribeiro, 1995).

Com a conquista e expansão, tratados e ocupações, essa terra passou a se chamar Brasil, denominação dada pelos conquistadores portugueses. Nem por isso nossa realidade brasileira deve ser uma realidade compreendida somente a partir do ano 1500 (ano do “descobrimento”) e significada apenas como latina e européia, branca e portuguesa.

Como podemos falar apenas de América Latina, se nessas terras outras línguas se falam e já se falavam há muito tempo, como mapuche, quéchua, guarani, tupi, asteca e maia? Como, se por aqui havia um saber e uma sociedade, instituições, religião, urbanização, arquitetura, engenharia, astronomia, agricultura, educação, medicina, arte, culinária e tanto mais?

Por que não se falar de uma América Profunda (Kusch, 1986), trazer à superfície a memória e a vida desses outros povos, ainda presentes, vivos e resistindo em toda a América? A identidade de latino-americano se fragiliza e se reproduz como identidade de colonizado e oprimido com a ausência do cotidiano da América Profunda, que está entre nós e em nós, marcando constantemente a existência (em nós) de uma identidade mais enraizada, historicamente mais antiga, mais autêntica.

Os conquistadores não vieram para compartilhar e conviver, chegaram aqui cheios de cobiça, arrogância e violência (Galeano, 1979). Pilharam, destruíram e negaram as culturas locais. Mataram com intencionalidade de limpeza étnica. A marca da exploração e da escravidão deixada pelos conquistadores continua presente em nossas cidades e campos, gerando profundas desigualdades sociais, violência e muito pouca cidadania.

Com as pedras de um templo inca, os espanhóis construíram no mesmo lugar uma catedral. Muito se perdeu da América Profunda, porém, muito ainda está vivo e muito está sendo resgatado, não apenas como pedaços de história, mas como cultura viva



de vários povos que viveram e que hoje, muitos ainda, continuam vivendo nessas terras dos seus antepassados.

Mesmo fragilizados, esses povos seguem suas vidas, resistem, pois são “anhentengúá” — “Uma coisa que não se pode destruir, uma base sólida como uma rocha, que não se destrói facilmente” (cacique guarani Cirilo Kuaray, apud Menezes, 2006, p. 12).

Toda essa explicação é para que o leitor saiba que, ao falarmos de povo oprimido e explorado, negado, também estamos considerando os povos indígenas e os negros em suas especificidades. Índios, negros e mulatos constituem a maior parte dessa imensa população pobre da Ameríndia (América Latina) e do Brasil de Pindorama.





Capítulo 1

A VIDA É A REFERÊNCIA DO VIVER



A REALIDADE impõe-se ao nosso conhecimento, exigindo não só novas sínteses teóricas com base em um imenso conjunto de análises (Leontiev, 1982) já realizado neste século, mas parâmetros diferentes, paradigmas no entender de Kuhn (apud Gleick, 1990, p. 33), uma nova percepção no entender de Capra (1982). Nossa crise não é de conhecimento, mas sim de percepção, uma oportunidade que se abre para uma nova maneira de ver a vida e participar dela.

Para perceber diferente é preciso estar em lugar diferente (por dentro e por fora), e para perceber amplo, como requer uma visão de conjunto (sistêmica), é preciso olhar do alto da montanha o vale, ter uma visão de altura que nos permita mover a cabeça em todas as direções. Olhar do alto o amplo e mergulhar com uma visão de águia nos mínimos detalhes do vale, sem deixar de ver o vale e sem deixar de voar, fluir. Para olhar a realidade é preciso estar em movimento, por dentro e por fora de si mesmo, sem se congelar em um valor, conceito ou método, mas sim se manter aquecido com a contínua recriação deles.

O conhecimento apóia-se em paradigmas (incluindo seus valores) que não só procuram explicar a realidade, como também organizar (cognitiva e afetivamente) nossa percepção em relação a



ela. Olhando confusamente, paradigma e realidade se misturam, se fundem, impedindo o observador de ver a realidade e mesmo de vivê-la de outros modos não configurados, não hegemônicos, não fetichizados. O desafio para qualquer um de nós é o de distinguir a realidade do conceito, ultrapassar a inércia conceitual e existencial para vislumbrar outros arranjos fenomênicos e vivenciais (epistemologia e ontologia), assim fazendo avançar a Ciência, a Sociedade e a nossa própria vida particular e cotidiana. Significa o desafio negar a fusão do conceito com a realidade, como também enfatizar a interação criativa entre o método, o empírico e o teórico, entre o sujeito, o cotidiano e o conceito.

Olhando desse modo estaremos livres para pensar e viver de comum acordo com a realidade, também ousar falar da vida de um outro modo, sem medo da inquisição científica, religiosa ou social.

Uma dessas ousadias é questionar a visão clássica da vida, pois são muitos os estereótipos, as “verdades”, os fanatismos e os preconceitos a respeito, dificultando a abertura para novos olhares e novos caminhos. No caso, seria passar de um enfoque epistemológico tradicional a um enfoque da complexidade e da mística, de aprofundar-se na direção do complexo — processo, incerteza, totalidade e beleza.

Capra (1997), quando fala de Ecologia Profunda, da Teia da Vida, fala de uma percepção complexa, profunda e sistêmica da vida, na qual o homem não está no centro. Ele diferencia Ecologia Rasa de Ecologia Profunda e estabelece, também, diferenças entre o que chama de Ecologia Profunda e Holismo. Lovelock (1987), Margulin (1986) e outros estão na mesma direção no ato de compreender a vida como algo maior. Dentre eles, Wheeler (Princípio Antrópico) e Toro (Princípio Biocêntrico), ambos considerando que o Universo se organiza em função da vida.

Consideramos, nessa nova percepção da vida, o Universo como uma teia inacabada, explícita e implícita de consciência e informação, que se auto-organiza e evolui no sentido da vida. Aumenta de complexidade por meio de sua própria diversidade e conectividade local e não local, e evolui por si mesmo mediante relações pouco conhecidas, principalmente entre gravitação, eletromagnetismo, força nuclear forte, força nuclear fraca e vácuo quântico, possi-



bilitando, em última análise, o que chamamos dança do Cosmo.

Se Deus não joga os dados ou se Deus joga os dados, isso não é o principal, pois as duas questões são aspectos diferentes da mesma complexidade. Concordamos com Raúl Terrén e Rolando Toro Arañeda quando dizem que “Deus joga os dados e sempre ganha”, quer dizer, desconhecemos as trajetórias da Grande Dança, mas o resultado é neguentrópico e belo.

A compreensão de um Universo que se organiza para favorecer a vida, numa dança de caos e harmonia, pode parecer sem sentido, ambiciosa, porém estudos recentes (Lovelock, 1991), voltados para uma Ciência da Vida, apontam na direção de uma visão mais profunda da vida, como algo complexo, sistêmico, auto-regulável e capaz de manifestar-se como um Planeta-Vivo (Gaia).

A percepção da Terra, ou do Universo, como ser vivo, é antiga, vem dos pré-sumerianos. Ciência e Religião trataram o tema de maneira diferente depois de Galileu, porém, na fase atual do conhecimento científico e do resgate da antiga religiosidade (Tradição), nos encontramos diante de profundas convergências entre elas acerca do macro e do microcosmo (Audouze et al., 1991).

Hoje podemos dizer que a noção de vida como algo de dimensão planetária ou cósmica está presente na Ciência, nas experiências místicas e na vida comum de qualquer pessoa sensível. Investigar e vivenciar essa presença da vida como estrutura-guia é o grande desafio que, inevitavelmente, nos deslocará para novos paradigmas da existência, a uma visão biocêntrica, a qual ultrapassa o panorama holístico (a tendência de o todo manifestar-se na diversidade e esta, por conseguinte, revelar em sua potencialidade o todo) e se manifesta em um sentimento sagrado do Universo, de todas as coisas existentes, sentimento este que tem como origem a vivência biocêntrica (Góis, 1995).

O entender que isto é assim ultrapassa os limites das formas atuais de pensar e se aprofunda na vivência mesma do ser como corporeidade vivida em sua viagem pelo mundo de si mesmo, no qual se revela a unicidade do espaço interior com o espaço exterior (Campbell, 1991). Tal clareza vem da sutil e epifânica vivência da identidade, do si-mesmo no cotidiano, no simples ato de viver, de dançar a vida.



Dançar a vida

Sinto com profundidade a conspiração pelo ato de viver, a existência de uma essência humana libertária, em algo vital que impulsiona o ser à vida e a algum lugar do infinito, cuja origem não está na consciência reflexiva ou em qualquer forma de representação mental, e sim em nossa raiz animal, mundo bruto e indiviso. Encontramos aí a vida como possibilidade singular, potencialidade muitas vezes bloqueada, reprimida, negada, porém sempre presente. Só desaparece com a destruição do ser (Rogers, 1986).

O ser humano emerge dessa realidade selvagem, em determinado instante, como uma onda no oceano, construindo-se na dança do caos e da harmonia, em íntimos processos de fusão e diferenciação que o fazem sentir-se vivo e capaz de perceber isso. Essa intimidade profunda alimenta e constitui a natureza humana, é o húmus interior que nos faz vivos, instintivos, corporais e conscientes, filhos e filhas do Cosmos.

La fuerza que nos conduce
es la misma que enciende el sol,
que anima los mares.
y hace florecer los cerezos.
La fuerza que nos mueve
es la misma que agita las semillas
con su mensaje inmemorial de vida.
La danza genera el destino
bajo las mismas leyes que vinculan
la flor a la brisa.
Bajo el girasol de armonía
todos somos uno.
(Rolando Toro, 1991.)

O sentir-se vivo é fundante nessa dança da vida, é o que fortalece e revela a identidade surgindo da autopoiese cósmica. Do sentir-se vivo é que surge a percepção do si-mesmo.

Baseando-nos no Princípio Biocêntrico, entendemos que o se sentir vivo implica o ato de tecer a própria vida, como pessoa



amante, ativa, expressiva, presente no cotidiano e estando “dentro e fora” do mundo — “dentro”, como corporeidade amorosa; e “fora”, como significação e sentido. Os dois modos constituindo um só ato, um só gesto, uma só dança, na qual se é pleno em concretude e subjetividade.

Tecer é dançar a vida, a dança de um mundo sagrado; é mergulhar em um paradoxo misterioso que se impõe ante o conhecimento e o próprio espírito humano, mas que tem profunda ressonância no coração. É permitir-se como participante de uma grande dança a dançar o sagrado no cotidiano, na forma de conhecimento (Ciência), beleza (Arte), mistério (Mística) e vínculo (Amor). Dançar, sendo plenamente o movimento das vísceras e dos nossos líquidos, o movimento geral do corpo no espaço, desenhando no ar a forma da criação e da liberdade; dançar sendo movimento desdobrado do movimento da vida, do Cosmos, desdobrado da dança das energias/partículas, da dança do pólen, das estrelas e dos animais, dança de determinações e incertezas, harmonia que germina o caos e este, como pai, germina a mãe que o gerou.

Dançar é tecer a vida, conspirar pelo ato de viver no leito natural da realidade, da cultura, na flecha do tempo, em uma estranha rota irreversível, instável e incerta, de caos, auto-organização e autopoiese. Tecer a vida é, a cada dia, celebrar o ato criador, sentir-se brotando por dentro e por fora, perceber-se possuidor de um potencial de vida capaz de projetar-se em múltiplas possibilidades de realização e singularidade.

Ao falar de tecer a vida, estou falando de participar da vida, de cultivá-la, de ser criatura e criador dessa dança cósmica revelada humana e dançada como história; participar da vida a partir do sentir-se vivo e do estar-aqui consigo mesmo, com a humanidade e com o Universo, sentindo o coração da Natureza pulsando em nossos próprios rios interiores, cujas nascentes e deságües estão no infinito. Participar da vida é nascer e renascer a cada instante, a cada dia, de um útero, pintando na tela da realidade a existência, bem antes de conhecê-la.

Participar é fazer do seu gesto um ato permanente de educar, que liberta da fusão as sementes, que pulsam, vibram e buscam



naturalmente germinar, pois somos sementes como as sementes, conectadas por uma rede de relações vitais, fios de natureza que nos conectam entre nós e o infinito, chamando-nos a dançar com autonomia e plenitude essa grande dança de comunicação e encontro. Nada pode deter esse chamado, a não ser a própria vida em seu fluxo autotranscendente.

A dança é gesto espontâneo e amoroso, é ato de educar, ato de amor. Por isso, cuidar da educação é cuidar da vida em germinação humana. Não é um caminho fácil, é preciso sentir o coração da natureza e perceber a profunda e sutil realidade do desdobramento da vida. Entendemos a educação desse modo, uma educação biocêntrica, um vínculo de diálogo e amor gerado e sustentado na vida. Educar assim é participar inteiro da vida. Quem educa é Mestre e este, antes de qualquer outro, é a Natureza em nós.

Dançar a vida, portanto, é construir no cotidiano uma Cultura Biocêntrica (Góis, 2006), de vínculo e amor, um trabalho com sentido, com prazer, abrir-se ao encontro com as pessoas e lutar contra a opressão e a exploração simplesmente porque ama ao outro e à vida. É aceitar e estimular a expressão dos corpos-combativos, dos corpos-estrelas, dos corpos-apaixonados, em todas as idades, em casa, nas ruas e nas praças.

Cultura biocêntrica

A caminhada civilizatória nos trouxe até aqui, um momento de profundos sentimentos e reflexões coletivas sobre a vida social, o conhecimento, a tecnologia e, mesmo, sobre a própria cultura. Avançamos, iluminamos, cada vez mais, o nosso caminhar, fazendo estradas e indo a lugares insuspeitados, por dentro e por fora de nós mesmos. Pensamos (erradamente) que nada nos detém, nem mesmo a Natureza com a sua energia vital que, em muitos instantes, assinala de forma poderosa e dramática a sua presença no cenário social do mundo urbano e rural, como se viu recentemente nas imagens televisivas do Tsunami no oceano Índico, dos furacões passando pela Flórida e Nova Orleães, do terremoto no Paquistão e da seca na Amazônia.



Somos capazes de construir e reconstruir, produzir alimentos, viajar, curar doenças, construir abrigos, proteger-se, aumentar a população, educar nossos filhos, fazer satélites, aviões, bombas, vacinas, músicas, poemas, esculturas e tantas obras de arte. Somos capazes de amar, de enternecer-se com o vôo do pássaro e com o sorriso da criança. Podemos até pensar que a Natureza está somente fora de nós, que somos os senhores de si mesmos e de tudo que existe, vindo ao mundo para reinar sobre todas as criaturas e coisas existentes. Somos capazes de controlar e de criar, somos senhores do Tempo e do Planeta Terra, ou mais. Nisso vemos a arrogância e a alienação com relação ao Universo e à nossa própria constituição vital.

Do pequeno osso usado como instrumento e dos primeiros sons articulados aos satélites espaciais, computadores e internet, percorremos um longo caminho de sete milhões de anos, em contínuas bifurcações ou ramificações, onde um só caminhar prevaleceu e se mantém até hoje — o do *homo sapiens* ao homem moderno.

Do rosto voltado para o chão, depois para as distâncias, estamos hoje com o rosto voltado para as estrelas e para a nossa própria sutileza e refinamentos interiores. Para onde estamos indo, se é que estamos indo para algum lugar? O que nos atrai? O que nos impulsiona pela roda do tempo nesses espaços sem fim, dobrados e desdobrados de coisas e de vazios chamados Universos?

Diante de tal refinamento interior, o ser humano pode ser levado a se pensar e a se sentir privilegiado, nascido para reinar no mundo. Apaixonado por si mesmo, muitas vezes, vai deixando de lado o vínculo natural que a tudo une em uma profunda e sensível Dança da Natureza. Passa a representar a si mesmo como e se posta em um trono devastador das riquezas naturais, até da vida que há em si mesmo (estilo de adoecer).

O *homo sapiens* sobreviveu, faz história, faz cultura e se afasta cada vez mais de sua antiga caverna, dos animais, dos elementos naturais, do seu corpo, de sua espontaneidade, do prazer que incendia a mente e da convivência com o selvagem interior e abismal. Olha ele, muitas vezes, com nostalgia, para o eterno e prometido paraíso, mas sabe, pela sensibilidade e consciência, que a flecha do tempo, voraz, continua seu trajeto cultural. Afastar-se



da cultura não é possível sob pena de desaparecer; tampouco seguir pela mesma trajetória garantiria a potencialização da nossa energia vital que, de tão bloqueada ou deformada, gera doenças de civilização. O que fazer, se o caminhar antropocêntrico assinala seu esgotamento e limitação ante as novas exigências humanas, sociais, psicológicas, espirituais e naturais?

A visão antropocêntrica nos legou extraordinários avanços no campo da ciência, da técnica e da organização social, construiu as bases da cultura moderna. O Iluminismo francês, o Idealismo alemão, a grandeza da razão humana e seus métodos de pensar, controlar e atuar, foram, em geral aplaudidos e reverenciados como o caminho pelo qual se faria a redenção humana, o novo homem e o estágio positivo da sociedade.

Séculos se passaram desde Galileu e Descartes, levando a mente racional por caminhos de construção de modelos lógicos cada vez mais avançados, no afã de conhecer e controlar, porém baseados em fragmentações e reducionismos da realidade. Caminhos de linearidades, descontinuidades e hierarquizações que marcaram o avanço da Ciência, da Técnica, da organização do Estado e da vida social.

Adentramos no século XXI com toda a robustez de um conhecimento, de uma tecnologia e de uma sociedade legislada, marcando a nossa entrada com novos conhecimentos, novas leis e trazendo à tona algumas outras perguntas essenciais à vida humana, em geral relacionadas a uma questão vital — o vínculo que criamos com nós mesmos, com os outros e com o meio ambiente, e suas conseqüências para cada um de nós, para a sociedade nesse começar do novo século e para a própria Natureza.

Seguir sendo o próprio Deus (antropocentrismo), talvez não seja uma saída, pois esse caminho da arrogância, ao longo do tempo, se fragilizou ou, até mesmo, se esgotou.

Não queremos com isso negar a Ciência nem a Religião, somente dizer da urgência de um reposicionamento do ser humano com relação à Natureza e à Cultura, e mesmo com relação à presença de Deus em nossas vidas e em todas as coisas que existem. A cultura muda continuamente, mas em que direção está-se dando essa mudança? Que parâmetros ou paradigmas orientam essa



mudança? Urge novo olhar, um novo (e antigo) sentir, outros parâmetros, não apenas da razão, mas sim profundamente marcados por uma nova sensibilidade perante a vida. Novas maneiras de sentir e perceber a vida.

Para onde nos leva esse novo modo de sentir e perceber a vida, o Princípio Biocêntrico? A uma abertura existencial que nos impulsiona a participar e tecer a vida no aqui-e-agora do cotidiano social. Leva-nos a construir, no dia-a-dia, sentimentos e valores pró-vida, uma cultura biocêntrica, mesmo sabendo que, para muita gente, isso é apenas mais uma das utopias de quem não tem o que fazer, de sonhadores. Mas, para muitos outros, que têm o que fazer, o sentido da vida está aí. Por isso seguem, caminhando e cantando a canção de Geraldo Vandré que nos diz que “Somos todos iguais, braços dados ou não, nas escolas, nas ruas, campos e construções, caminhando e cantando e seguindo a canção”.

Aos poucos (é a nossa esperança e a nossa luta), um novo (e antigo) sentido do humano e da vida poderá prevalecer sobre a cultura do individualismo, assim fortalecendo uma cultura da vida que, por sua vez, aprofundará este sentido nos corações e nas mentes das novas gerações. Esse cultivo de sentimentos e valores já começou, na forma de uma ecologia profunda (Naess, apud Capra, 1997, p. 25) e de uma visão biocêntrica, embora saibamos da existência de graves obstáculos a sua semeadura, cultivo e colheita, tais como o antropocentrismo, a ideologia masculina, a xenofobia, o fascismo e o neoliberalismo (nova forma de manter e fortalecer o fetiche do Capital e a cultura do individualismo e da pobreza).

Estamos navegando em complexos sistemas comunicacionais, portentosas redes informáticas que revelam, mediante a tecnologia da computação, o quão fazemos parte e nos movemos em uma tessitura maior, em um fluxo, em uma rede, onde o particular contém o universal e este o particular. Fala-se de aldeia global, de globalização, como uma grande novidade inevitável. A aldeia global, a nossa casa Terra, é óbvia, não do ponto de vista do neoliberalismo e do seu *merchandising* (falso livre-mercado, falsa competição — basta ver o sistema de vigilância estadunidense *Echelon*, que se utiliza para isso dos satélites Intelsat), que nos impõem uma



realidade fabricada e controlada pela ideologia imperialista atualizada do Norte sobre o Sul.

A nossa casa Terra emerge de um sentimento biocêntrico, sendo um novo parâmetro para nos localizarmos e nos movermos em um mundo sagrado e integrado (não homogeneizado), como, por exemplo, mover-se em direção a outras nações a partir do reconhecimento e do valor das diferentes culturas locais. No caso, do Brasil, tomar como referência não o Norte (nortear) e nem o Oriente (orientar), mas sim o Sul (sulear); não a Estrela Polar nem a “Estrela dos Reis Magos”, mas sim o Cruzeiro do Sul, conforme proposição de Campos (apud Freire, 1994, p. 219). *Polaris* é importante para o Hemisfério Norte, porém para o Hemisfério Sul o que precisa valer de fato é o Cruzeiro do Sul. Assim haverá integração e não dominação, e não um sobre o outro, pois no espaço não há o em cima nem o embaixo, nem um lado nem outro lado, a não ser que convençionemos a partir de um referencial, e este pode mudar para tornar-se múltiplo.

Em vez de darmos as costas ao Cruzeiro do Sul e ficarmos de frente para a Estrela Polar, como é comum desde a escola primária, a fim de nos situarmos no mundo e reconhecermos o lugar onde estamos (no caso, América do Sul, Brasil), em vez de negarmos ou mesmo substituírmos nossa história, nossa cultura, nosso valor, por outros próprios do Hemisfério Norte, necessitamos ficar de frente para o Sul, para o Cruzeiro, pois assim poderemos olhar o mundo e a nossa casa a partir do que realmente somos, diferentes e semelhantes — humanos. Posicionados desse modo, poderemos dialogar, conviver e amar — Sul, Norte, Oriente e Ocidente, todos em uma roda de diálogo e convivência, dançando a diversidade e negando a padronização cultural e ideológica da globalização, que tanta exclusão social gera, mesmo nos países do Norte.

Nosso mundo continua sendo um lugar de contrastes perversos (desigualdades sociais e dominação), apesar de contar com aprimorados sistemas de conhecimento, de direito, de produção, de transportes e de comunicação. Mesmo assim, é um mundo propício à humanização e à Natureza, à vida, um terreno fértil para a construção de uma grande roda de culturas em meio à Natureza — uma roda de amor, de aceitação e de integração das diferenças.



Isso ainda é uma utopia, mas a integração cultural (vivência transcultural do amor) é possível, desde que participemos ativa e amorosamente da promoção da vida. Esse grande sonho já sonhado por muitos que já morreram e por muitos que estão lutando hoje por ele, em todos os lugares do Planeta Terra, nossa morada de hoje, um dia poderá ser realidade (ver, por exemplo, a caminhada de Gandhi, Albert Schweitzer, Martin Luther King, Che Guevara, Dragão do Mar, Paulo Freire, Rigoberta Menchú, Nuvem Vermelha, Néelson Mandela, Isadora Duncan, Leila Diniz, Alexandra Kollontai, Dolores Ibarra etc., bem como ver a caminhada dos movimentos sociais, de muitas ONGs, da Ação Mundial dos Povos, e de tanta gente que desconhecemos e que faz um profundo e amoroso trabalho em seu cotidiano).

Não precisamos temer. É preciso coragem para perceber nosso próprio brilho interior e querer construir um mundo com justiça e amor.

Não é confrontar a nossa mediocridade ou a nossa insuficiência o que mais tememos. Pelo contrário, nosso temor mais profundo é medir toda a extensão de nosso poder. É nossa luz que nos dá medo e não nossa escuridão.

Nos perguntamos: Quem sou eu para mostrar-me tão hábil, tão cheio de talento e tão brilhante? E quem seríamos, então, para não nos mostrarmos assim? Somos filhos de Deus.

Não servimos ao mundo, fazendo-nos menores do que somos. Não há nenhum mérito em diminuir-se a si mesmo para que outros se sintam seguros.

Estamos aqui para brilhar com todo o nosso esplendor, como o fazem as crianças.

Temos nascido para manifestar a pleno dia a glória de Deus que está em nós. E esta glória não reside unicamente em alguns de nós, senão em todos e em cada um.

Quando deixamos que nossa própria luz resplandeça, sem o saber, damos permissão aos demais para fazer o mesmo.

Quando nos libertamos de nosso próprio medo, nossa presença liberta automaticamente aos demais.

(Trecho do discurso de posse do Presidente Nelson Mandela, África do Sul, em 1994.)



A voz dos que não têm voz começa a se ouvir, longe e perto de cada um de nós, voz de luta, voz de amor — voz de esperança.

Um sonho como esse nasce do olhar e do gesto generoso de um guerreiro amante, de um rosto voltado para as estrelas, de uma nova (e antiga) sensibilidade que permite captar a beleza da vida se fazendo em cada rosto, em cada ser vivo, em cada partícula do Universo.

É preciso não se dispersar, não perder de vista o sonho. “Eu tive um sonho” (Martin Luther King, 1968). É preciso continuar tecendo e vivendo a vida em suas manifestações mais profundas de amor, eqüidade social e ecologia.

Não vejo teu rosto
Perdoa por não te ver
Estou tão distante!
Como te chamas?
FOME!?

Não vejo teu rosto
Perdoa por não te ver
Estou tão ocupado!
Como te chamas?
LÍBANO!?

Não vejo teu rosto
Perdoa por não te ver
Estou tão ansioso!
Como te chamas?
MORADOR DE RUA!?

Não vejo teu rosto
Perdoa por não te ver
Estou tão solitário!
Como te chamas?
DESEMPREGO!?

Não vejo teu rosto
Perdoa por não te ver
Estou tão inseguro!



Como te chamas?
INJUSTIÇA!?

Não vejo teu rosto
Perdoa por não te ver
Estou tão poluído!
Como te chamas?
NATUREZA!?

Não vejo teu rosto
Perdoa por não te ver
Tenho muito medo!
Faz frio!
Como te chamas?
Por favor!
Como te chamas mesmo?
AMOR!
(Cezar Wagner, 3/9/1993.)

A Cultura Biocêntrica assinala um novo passo que já vem sendo dado por um crescente número de pessoas em todos os países, que hoje têm a consciência ampliada do verdadeiro sentido da vida, do humano, da sociedade, do Planeta Terra e do Universo. Manifestações pela paz, pelo direito à vida, contra as guerras e a fome, em defesa do meio ambiente, pelo amor, passam a ocupar cada vez mais o cenário social e político de nossa época. Em meio a tantas desesperanças o surgimento de novos sentimentos e valores de vida ganha força e se espalha como questão central para o futuro da humanidade e do Planeta Terra.

Estamos diante de um novo aprendizado existencial, de uma nova subjetividade individual e social, em que a consciência se aprofunda e se amplia mediante práticas educativas e terapêuticas voltadas para a construção coletiva e individual de conhecimentos, sentimentos e valores pró-vida, como é o caso da Educação Biocêntrica (Cavalcante et al., 2004; Flores, 2006).



Capítulo 2

PRÁXIS DA VIDA, LIBERTAÇÃO E CIDADANIA



A PRÁXIS da vida, libertação e cidadania parte do reconhecimento da existência de uma natureza sagrada e irmã que está sendo destruída e de uma identidade humana e amorosa que é negada, oprimida e explorada, a qual ignora ou busca a libertação. Referencia-se na vida para a construção do homem e da mulher como seres livres, como cidadão e cidadã que dançam a vida (Góis, 2002; Toro, 1991; Garaudy, 1980). Envolve tanto indivíduos e povos e se evidencia como ação-discurso e vivência, como processo de conscientização e amor. Isso quer dizer que podemos entender a práxis de vida, libertação e cidadania na relação entre uma sociedade e a Natureza presente nela, entre os povos, entre os indivíduos numa sociedade de classes, como as sociedades latino-americanas (ameríndias), que vivem, por um lado, a dependência do centro e, por outro, se constituem como sociedades de profundas desigualdades sociais.

Essa práxis implica a existência de um indivíduo negado e de um povo também negado, coisificado, no cativeiro. Um indivíduo e um povo que na condição de dominados descobrem o sentido de “ser mais”, de ser livre, de ser ético. Partem indivíduo e povo da condição de oprimido e explorado para a libertação, um processo

42



que se realiza com outros para si e para os outros indivíduos e povos. Portanto, não há libertação se esta produz novos cativos. Exemplo de libertação é a práxis de muitos movimentos sociais e da integração dos povos latino-americanos (ameríndios).

O ser livre significa sermos todos livres, sermos povos livres. Significa também construir uma sociedade de homens e de mulheres livres, de cidadãos. Libertação e cidadania constituem, portanto, a negação da negação do indivíduo ou povo de serem mais. O ser livre é uma condição da vida e esta impulsiona os seres vivos à libertação. Ambas (vida e libertação) constituem algo que é natural e que impede o ser humano de se negar, de deixar de ser alguém. Elas sempre estiveram presentes na Natureza — pássaro cativo tentando libertar-se — e na história irrompem na consciência dos indivíduos e dos povos, notadamente quando o cativo em que vivem é descoberto por eles mesmos como cativo.

Ela [a libertação] já estava presente em todo o decurso da história, sem nome, sob outros nomes, afirmada ou negada. Mas, num dado momento, entre tateamentos e ziguezagues, irrompeu, indubitavelmente, como fato de consciência histórica (Boff, 1980, p. 13).

Não significa a latência da libertação algo que a define acabada, completa, mas um pulsar em construção progressiva, um fermento que aos poucos, da opressão, vai tornando-se ação libertadora, vivência e consciência da libertação acontecendo na lama fétida da dominação, dependência e marginalidade, por um viver que assume a libertação como práxis de vida em torno de um valor ético e político na forma de autodeterminação dos povos e de cidadania.

Entendemos, com base em Paulo Freire, Enrique Dussel e Leonardo Boff, que a vida oprimida e explorada dos países latino-americanos (ameríndios) é vida inferior, subdesenvolvida, uma “vida de menos”, necessária ao desenvolvimento dos países imperialistas e à concentração da riqueza nas mãos de uma burguesia nacional servil dos países ditos desenvolvidos. Podemos dizer que libertação e cidadania fazem parte da vida dos povos ameríndios



(latino-americanos), por estes se encontrarem mergulhados na dependência, na condição de países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, uma classificação comum na década dos setenta, mas ainda hoje bastante usada no cenário da “globalização”.

O subdesenvolvimento dos países pobres, como fato social global, aparece em sua verdadeira face: como subproduto histórico do desenvolvimento de outros países. Com efeito, a dinâmica da economia capitalista leva a estabelecer um centro e uma periferia e gera, simultaneamente, progresso e riqueza para poucos e desequilíbrios sociais, tensões políticas e pobreza para muitos. Os países subdesenvolvidos são mantidos subdesenvolvidos pela rede de dependência dos centros de decisão que não estão em Buenos Aires, Lima, Bogotá ou em qualquer outro centro, mas em Nova York, Londres, Paris, Frankfurt, etc. O sistema de dependência é interiorizado dentro dos próprios países pelas grandes empresas multinacionais. Penetra a cultura, a escala de valores, os meios de comunicação, o mundo simbólico, a moda, as idéias e a teologia (ibidem, p. 17).

Na ótica de Freire (1980), são três as palavras-chave que estão na base da práxis de libertação: a opressão, a dependência e a marginalidade.

A opressão trata da contenção, da existência contida e comprimida de um povo ou de uma classe social; revela uma relação em que se encontra de um lado o opressor e, de outro, o oprimido que, por se encontrar mergulhado na periferia, tenta, no primeiro momento da libertação, apenas a inversão de papéis. Por mais que o oprimido enfrente o opressor nessa fase inicial de sua luta, toma a este como fonte de inspiração para assumir o novo papel na relação — o de agora ser o novo opressor. Não tem ainda a consciência histórica da libertação, portanto, assume o papel que, anteriormente, pertencia a seu opressor.

Isto não quer dizer necessariamente que os oprimidos não tenham consciência de que são pisados. Mas o estar imersos



na realidade opressiva impede-lhes uma percepção clara de si mesmos enquanto oprimidos. A este nível, sua percepção de si mesmos como contrários ao opressor não significa ainda que se comprometam numa luta para superar a contradição: um pólo não aspira à sua libertação, mas à sua identificação com o pólo oposto (ibidem, p. 58).

Superar a contradição em direção à autodeterminação dos povos e à cidadania leva ao fim da relação de dominação e não à inversão de papéis, que não muda o contexto da relação nem a essência da própria relação.

No tocante à dependência, esta se refere à relação centro-periferia, uma relação de um ser-para-outro, uma sociedade ou uma classe sendo objeto de outra sociedade ou de outra classe social.

A tarefa fundamental dos países subdesenvolvidos — o compromisso histórico de seus povos — é superar sua “situação-limite” de sociedades dependentes, para converterem-se em “seres-para-si-mesmos”. Sem isto estas sociedades continuarão a experiência da “cultura do silêncio”, que, havendo resultado das estruturas de dependência, reforça estas mesmas estruturas. Há, portanto, uma relação necessária entre dependência e “cultura do silêncio”. Ser silencioso não é não ter uma palavra autêntica, mas seguir as prescrições daqueles que falam e impõem sua voz. Alcançar o estado de “ser-para-si-mesmos” representa para as sociedades “subdesenvolvidas” o que eu chamo a possibilidade “não-experimentada” (ibidem, p. 62).

Quanto à marginalidade, ela se traduz como exclusão, não como algo que está fora de alguma coisa, mas como impossibilidade de o indivíduo ou povo estar beneficiando-se do desenvolvimento do seu país. Significa deixar povos e classes oprimidos à margem das possibilidades reais de desenvolvimento, mesmo eles estando no interior das próprias estruturas que os marginalizam, como é o caso dos países dependentes e da classe oprimida desses mesmos países. Em se tratando da marginalização de



uma classe pela outra, temos o analfabetismo, a fome, as doenças da pobreza, o raquitismo, a violência, a promiscuidade, a desesperação e, mesmo, a impossibilidade de ser, por estar permanentemente à margem das possibilidades de desenvolvimento social e humano. Entretanto, voltamos a dizer, os povos e classes marginalizados não estão fora, estão no interior dessas mesmas estruturas que os mantêm marginais, numa relação de centro-periferia e de opressor-oprimido.

A burguesia nacional, anteriormente subalterna, assume a condição de opressora no cenário interno do seu país, mas continua submissa aos países do centro, mantendo sua posição de periferia, de dominada. Para dentro de seu próprio país revela-se opressora da classe pobre e, para fora, para o centro, assume-se serviçal dos países ditos desenvolvidos. Assim, na direção das sociedades latino-americanas (ameríndias), vamos encontrar uma elite dominante feita caricatura das elites dos países do Norte, arrogante e perversa, escravocrata, que despreza seu próprio povo e se enriquece por meio da pobreza da maioria da população, da depredação da Natureza e das benesses de um Estado privatizado por elas mesmas.

Somente agora, por exemplo, depois de 502 anos, temos pela primeira vez na Presidência da República alguém que não veio dessa elite dominante, temos alguém que é operário, que é bóia-fria, analfabeto, retirante da seca e da “miséria do sertão”, nordestino e sertanejo, num país de marginalização social. Alguém que subverte a ordem histórica das sociedades latino-americanas (ameríndias), as relações de dominação, e aponta para a vida, a libertação e cidadania da maioria da população brasileira. Alguém que quer ser mais com outros indivíduos e com outros povos, também oprimidos, dependentes e marginalizados.

Libertação não é simplesmente estar contra o centro, nem sequer significa romper a dependência. É muito mais que isso; é ter a criatividade de ser realmente capaz de construir a novidade, um novo momento histórico desde a positiva exterioridade cultural de nosso povo (Dussel, 1973, cap. 3, p. 69).



A práxis de vida, libertação e cidadania rompe com os valores antivida e com a organização socioideológica e histórica das sociedades latino-americanas (ameríndias), por ser práxis revolucionária, não como guerra de libertação, apropriada ao Iraque, à Palestina, ao Líbano e outros países, mas na forma de movimentos sociais e ecológicos.

No caso da América Latina (Ameríndia), essa práxis, no tocante às relações de dominação de uma classe pela outra, parte da primazia do direito à vida sobre qualquer outro direito e da antecedência do ideológico sobre o psicológico, forjando, então, de fora para dentro, do social e cultural, a subjetividade humana. Fundada nesses pressupostos vai de encontro e rompe com a ideologia de submissão e resignação, formadora de uma identidade de oprimido e explorado.

A práxis de vida, libertação e cidadania é práxis amorosa e conscientizadora, que arranca o oprimido de sua condição de negado e o conduz na direção de valores pró-vida e de um futuro coletivamente construído, no nosso caso, de uma Fortaleza que se quer democrática, saudável e ecológica.

A seguir esclareceremos sobre o que, na práxis de vida, libertação e cidadania, entendemos como ideologia, subjetividade, dominação, conscientização e cidade saudável.

Ideologia, subjetividade e dominação

O social e a significação constituem a exterioridade, forjadoras do humano, isto é, a subjetividade, o psicológico, que se inicia e desabrocha no solo histórico-cultural, conforme analisam Vigótski e Luria (1996) em seus estudos sobre o comportamento humano.

Para Bakhtin (2004), em sua importante análise da relação entre o ideológico e a subjetividade, respectivamente, exterioridade e interioridade, a significação é o ideológico e sem este não há atividade da consciência, nem esta se constitui em suas diversas formas de expressão e sentido. A significação afasta o indivíduo de sua configuração animal e o prepara para o mundo da subjetividade, do sentido e dos sentimentos próprios.



Na relação entre ideologia e subjetividade temos a primazia do ideológico sobre o psicológico, do cultural sobre o individual (Faraco, 2003), quer dizer, a configuração social desempenhando um papel central na forma como o indivíduo se faz sujeito ou, numa situação de dominação, se faz sujeitado, indivíduo isolado, desamparado, diferente de um indivíduo socialmente organizado. Portanto, nossa condição de sujeito (individual e coletivo) ou de sujeitado é produto de uma realidade histórico-cultural, ideológica.

Podemos entender, então, dessa perspectiva, que o indivíduo isolado constrói significados de sua realidade social de modo diferente de um indivíduo situado dentro de seu grupo social claramente organizado. Por exemplo, o indivíduo que sente fome, junto com outros indivíduos que também sentem fome, em uma situação de ausência de relações materiais e objetivas entre eles, sente fome em um contexto social disperso ou desorganizado materialmente, sente apenas individualmente essa fome, como cada um dos outros. Certamente, sofrerá isolado em seu contexto social; permanecerá limitado a sua própria humilhação, impotência e fracasso. Se protestar será de maneira individualista, de reação abrupta para buscar alimento, de reclamação para si mesmo ou de violência dispersa. Em geral, apenas fortalecerá sua condição de isolado e desamparado, como reforçará também a ideologia de submissão e resignação e, conseqüentemente, sua identidade de oprimido e explorado, conforme veremos adiante.

Porém, se essa fome for sentida coletivamente, por cada indivíduo, em uma coletividade claramente organizada, que tem um conceito de nós, que define a fome não como obra do acaso ou de responsabilidade de cada um que sente a fome, e sim como conseqüência de determinada configuração social, o indivíduo ressurgue como sujeito e seu protesto será ativo, reflexivo, organizado, carregado de valor pessoal e de poder pessoal (Góis, 2003).

O que molda uma e outra consciência é o ideológico, o que está, antes de tudo, fora da vida interior do indivíduo, quer dizer, o social ou configuração socioideológica. A consciência faz-se daí, de uma ideologia que se apresenta em suas diversas modalidades de vida cotidiana, como sistema ideológico em seus aspectos mais gerais de filosofia, ciência, arte e religião. Entretanto, esse siste-



ma ideológico apresenta-se diferenciadamente entre as classes sociais de uma mesma sociedade, torna a vida coletiva heterogênea em suas modalidades ideológicas que, em cada classe social, se apresenta com uma dada configuração social particular. É daí que se forja a individualidade, no nosso caso, a identidade em sua superestrutura socioideológica.

Não podemos descartar o ideológico na formação da subjetividade humana, nem pensar que este é apenas um aspecto secundário da formação individual ou da identidade. O ideológico, como condição para a consciência, para a subjetividade, constituiu-se, também, favorável ou desfavorável, impulsionador do sujeito ou opressor, permitindo ou não ao indivíduo fazer-se e re-fazer-se dentro da coletividade em que está.

A questão crítica que reside aí é o fato de uma ideologia, ou sistema ideológico, tornar-se dominante nessa coletividade e fazer-se continuamente como sistema ideológico organizador dessa sociedade, categorizando os indivíduos conforme as relações materiais entre eles na mesma coletividade. Uma ideologia dominante forjando uma classe social dominante e esta forjando uma ideologia dominante que define e organiza as relações sociais de produção, a vida social, as relações de classe e o lugar social de cada indivíduo dentro da sociedade. Uma ideologia que define também o processo de construção da saúde/doença.

Entrando um pouco mais nas especificidades dessa ideologia dominante, com base nas relações que estabelece entre as classes sociais, vamos encontrar algumas modalidades ideológicas de classe que definem, reforçam e expressam o lugar e o cotidiano de cada classe social em relação a si mesma e em relação às outras. Uma dessas modalidades é a ideologia de submissão e resignação (Góis, 1994, 2003), forjadora de uma cultura da pobreza (Lewis, 1969; Gutiérrez, 1990, apud Martín-Baró, 1998), do cotidiano da classe oprimida e de uma dada individualidade para seus membros, de um tipo de subjetividade que denominamos identidade de oprimido e explorado, anteriormente chamada por Góis (*ibidem*) de Caráter Oprimido.

O ideológico forja socialmente a identidade e esta pode, em sua metamorfose, revelar a si mesma toda a sua condição social e particular, a qual pode ser uma existência negada, oprimida e



explorada que, descoberta (vivência biocêntrica e conscientização) pelo próprio indivíduo que a vive, leva-o a um primeiro passo da práxis de vida, libertação e cidadania — o de reconhecer-se dominado, negado, e querer superar essa condição.

IDEOLOGIA DE SUBMISSÃO E RESIGNAÇÃO

É uma lógica de dominação ou sistema de idéias, valores, crenças, conhecimentos, atitudes, normas, leis, práticas sociais e institucionais que define as condições e o modo coletivo de viver da classe oprimida dentro de uma sociedade de classes como a nossa. Nessa ideologia a população pobre é vista como subalterna, serviçal, periférica, problemática, mão-de-obra barata e incapaz de protagonizar sua vida.

Diante disso é evidente o peso da estrutura autoritária e excludente mantendo elevado o nível de tensão sociopsicológica do pobre, o qual precisa ser controlado e direcionado. A ideologia de submissão e resignação exerce essa função, por meio do controle externo (social e institucional), das políticas públicas quando trabalhadas por profissionais ajustados à lógica de dominação e da produção e fortalecimento da identidade de oprimido e explorado que, por sua vez, fortalece a própria ideologia de submissão e resignação e suas formas de controle social do comportamento do oprimido.

A existência de uma ideologia dessa ordem produz e reforça a repressão ao núcleo de vida do oprimido, modela as condições de vida e a própria estrutura psíquica desse indivíduo subalterno. Atua a partir da vida uterina, onde o estado crônico de fome e de tensão da mãe vai produzindo os primeiros sinais de fragilidade individual. O núcleo de vida é agredido violentamente e enquadrado bem antes do nascimento. As crianças podem nascer com sérias deficiências, muitas vezes irreversíveis. No passar dos anos, se sobreviverem além dos três anos de idade, vão sendo empurradas para o enrijecimento, alienação e anomia, tendendo a se tornar um jovem ou um adulto hostil e/ou servil, portanto, ajustado à ideologia dominante.

A ideologia de submissão e resignação vai-se fazendo presente na arrogância institucional, na sonegação de informações pela



classe dirigente, no ensino das escolas de periferia, na influência alienante e fatalista de grupos religiosos, na falsa promessa dos políticos e das instituições, e na ausência, durante gerações e gerações, de alimento, água potável, saúde, escola, condições dignas de moradia, esgoto, emprego e condições adequadas de trabalho. A presença constante da violência, o analfabetismo, a fome crônica, o nanismo nutricional, a limitação intelectual, o desemprego, a inferiorização cultural, o preconceito, a violência policial, a omissão dos serviços públicos, a exploração imobiliária, a falta de moradia, a deformação da realidade por grupos religiosos e as doenças da pobreza, são situações próprias da ideologia de submissão e resignação e formadoras da subjetividade do pobre, de sua estrutura psíquica, de sua identidade, de seu corpo, de seus comportamentos submissos e violentos, da sua própria enfermidade, “loucura” e/ou delinqüência.

A ideologia de submissão e resignação revela-se, no dia-a-dia, como ação repressora e se torna subjetividade na forma de identidade de oprimido e explorado, quer dizer, quando o indivíduo rompe com as relações familiares ou com sua vizinhança, por isolamento ou agressões, quando parte para a droga, assalto ou assassinato, quando se submete à inferiorização cultural, social e econômica; quando aceita seu lugar ou obedece cegamente ao patrão, como empregado ou capanga; quando acredita que só no céu poderá viver bem ou quando imagina que sua situação é vontade de Deus. Manifesta-se quando o pobre ignora a realidade em que vive e acredita que só as autoridades podem resolver seus problemas, ou quando tenta ser o próprio opressor, o próprio agressor.

Todos esses fatores formam no cotidiano a rede de submissão e resignação, presente numa ideologia tecida ao longo do tempo para manter o oprimido afastado da vida, explorado e excluído, impedindo-o de acreditar em seu potencial de valor e de poder de realização pessoal e social. O objetivo, de fato, é humilhar a população pobre, desqualificá-la, negá-la em sua cidadania, submetê-la de tal forma para que não tenha esperança, grandeza nem reconheça sua capacidade e vontade de organização. Que leve sua vida com fatalismo e sempre dependente dos “poderosos”. Essa é a condição para a sua exploração.



Por que se chegou a essa tão dramática e violenta situação “humana”? As razões devem ser procuradas na história, na organização socioideológica da sociedade de classes, nas condições socioeconômicas do povo oprimido e nos mecanismos de opressão, exploração e reprodução de subjetividades, também de produção de sofrimentos, de doenças e de loucura no pobre. Uma “loucura” que pode ser vista como o estágio final, como a penitenciária e o cemitério, de um processo de destruição da identidade humana, do seu valor pessoal e do seu poder pessoal. Um processo iniciado no útero materno, na fome crônica, na miséria e na violência física, psicológica e social.

A situação histórica e atual de dominação e exploração da maioria da população brasileira revela um drama de destruição jamais visto. É uma situação de extermínio sem sucesso, que só agora começamos a ver uma pequena reversão desse quadro, no qual a cada dia aumentava a população pobre e diminuía as elites. Ainda é pouco o que foi feito nesses quatro anos, é preciso fazer muito mais e rapidamente, pois sabemos o que poderá acontecer se a tendência da desigualdade permanecer. Ou melhor, o que já está acontecendo pelas ruas das nossas cidades e nos campos.

Para onde vai a humanidade nesse rumo da pobreza e do contraceptivo, onde os pobres têm muitos filhos e nenhuma riqueza, e os ricos têm poucos filhos e muita riqueza? Existem três caminhos: a socialização econômica e política, a violência generalizada ou o extermínio do pobre planejado e aplicado antes e depois do nascimento para manter um nível populacional adequado aos interesses econômicos e políticos da classe dirigente, como foi o caso dos planejamentos familiares e das esterilizações em massa das décadas de 1960 e 1970 no Nordeste brasileiro.

Atualmente a tecnologia do controle e do extermínio é requintada, favorece uma ação dominadora mais abrangente sobre a classe oprimida. Entretanto, contrariamente a isso, temos o avanço dos movimentos sociais e sua cada vez maior presença, por meio de seus quadros políticos, nas instâncias de poder dos governos de esquerda em nosso país. Trabalham em geral para romper com essa tendência e atuar com o oprimido em busca do caminho da socialização econômica e política.



É evidente a grande concentração de renda no mundo e o aumento geométrico da pobreza. Não podemos ficar omissos, como se esses problemas não fossem nossos problemas ou o problema básico da humanidade. A estrutura psíquica e o organismo como um todo não se formam por geração espontânea, mas como resultado da força genética facilitada e moldada pela realidade histórico-cultural da qual o ser humano faz parte e é parte.

As relações sociopsicológicas assentadas em um quadro de exploração e miséria são de conseqüências desastrosas para a formação e o desenvolvimento do indivíduo, de sua mente, de sua saúde. Há forte relação entre ideologia de submissão e resignação e situação de vulnerabilidade social, comunitária e familiar. A primeira produzindo a segunda e sendo reforçada por esta.

Apesar desse reforço mútuo e perverso, provocando comumente num bairro pobre o analfabetismo, a desagregação familiar e individual, o conflito de vizinhança, o alcoolismo, a violência, a loucura, o suicídio, o tráfico e uso de drogas, o servilismo, a angústia, a ansiedade, a depressão, o banditismo, o fanatismo religioso e crença na salvação e a aceitação do trabalho explorador, vamos descobrir, também, nesse mesmo bairro, uma tendência de enfrentamento, de luta cotidiana. Além dos aspectos destrutivos, encontramos espírito de luta e busca de orientação, proximidade e afetividade entre moradores, espontaneidade, experiência acumulada, artes e festas, bondade e vontade de ser querido e valorizado. Encontramos aí uma população lutadora, que “peleja” honestamente todo dia para sobreviver, porém de forma mais isolada e dispersa que organizada e coletivamente consciente.

Nessa dialética a tendência de superação ainda é negativa, as práticas destrutivas são atraentes e reforçadas pela ideologia de submissão e resignação, pelo escravismo atual, pelas organizações criminosas, pelo consumismo e pela pouca prioridade do social no orçamento público.

O que somente agora as elites dominadoras estão se dando conta — por isso estão assustadas — é do aumento e irradiação do estado de violência e tensão sociopsicológica para além dos cortiços e senzalas de hoje, quer dizer, a tensão social alastra-se na for-



ma de violência de jovens oprimidos, a qual, sob vários aspectos, pode ser compreendida na esfera da luta de classes e não na esfera da psicopatologia.

Enquanto havia apenas a obediência social, cada um ficava em “seu lugar” social, com o seu destino traçado pelas elites, ainda hoje controladoras do sistema de ação histórica da sociedade (Touraine, 1982), controladoras das Constituições (federal, estadual e lei orgânica dos municípios), do Estado, dos Governos, da Mídia e da própria Sociedade. Desse modo, a ordem estava garantida, bem como a exploração e o acúmulo de riquezas por essas elites. Agora, a situação vem mudando numa direção perigosa que pode ultrapassar o papel das políticas públicas e o papel repressivo das forças policiais — a direção da violência generalizada em nossa cidade e em outros centros urbanos, também os do interior, assim como no meio rural, estimulada e apoiada diretamente pelo crime organizado e indiretamente pela mídia do consumismo e pela ausência ou deficiência das políticas públicas.

Um momento importante na luta contra a ideologia de submissão e resignação foi a eleição e reeleição de Lula e todo o esforço de seu governo voltado para o combate às desigualdades sociais e regionais. Porém, as elites dominantes continuam em estado de alerta e procuram desgastar perversamente as imagens do Lula operário e do Lula presidente, e deformar a ação positiva de seu governo na luta contra a pobreza, em favor da população oprimida e explorada, e em busca da integração dos povos sul-americanos (ameríndios).

IDENTIDADE DE OPRIMIDO E EXPLORADO

Por ser a identidade pessoal fenômeno complexo que se manifesta e se desenvolve mediante interações sociais significativas (cognoscitivo-afetivas) voltadas para a vinculação consigo mesma, com a espécie e com a natureza, seu enfraquecimento se dá no sentido da desconexão, da exclusão, da desconsideração, da desvinculação, resultando uma identidade fragilizada ou trans-tornada, ou uma identidade de oprimido e explorado, a qual, muitas vezes, por não ser compreendida, é confundida e “tratada” como psicopatologia, fanatismo religioso ou delinqüência.



Consideramos a identidade humana expressão biológica e histórico-cultural, universal e particular, que se revela permanentemente (em movimento, metamorfose) no processo de interação, vivência, representação e identificação do indivíduo com outro e com a vida social. A identidade emerge, então, como expressão de si, como singularidade, no conjunto das relações concretas que o indivíduo estabelece em seu cotidiano físico-social. Mergulhado no conjunto de suas relações e as refletindo, ele esforça-se por superar-se e desenvolver-se através da ação, vivência e reflexão. Desenvolvendo sua particularidade em contradição com a sua coletividade, o indivíduo vai formando desde cedo (processo de interiorização) uma imagem ativa da sociedade e, por conseguinte, de si mesmo, como expressão de suas experiências e de um conjunto de atributos propostos (por outros), que se mantém em movimento e em contradição.

A criança, ao nascer, recebe um nome e vários papéis atribuídos pelos outros, visando posicioná-la num determinado modo de vida social e com determinada individualidade. O que é posto passa a identificá-la. Isso quer dizer que o que lhe foi atribuído é o pressuposto como sendo ela, primeiro pelos outros significativos, depois pelos outros generalizados (Berger & Berger, 1987), e, por fim, por ela mesma.

Nesse processo de interação, vivência, representação e identificação (interiorização dos papéis, das interações entre os adultos e de suas próprias interações com crianças e adultos), surge o sujeito que se identifica e que é negado pelo que lhe foi posto como sendo ele pelos outros (reposição), mas, por outro lado, o confirma para si mesmo e para a sociedade em que vive (Ciampa, 1987). Assim, a identidade revela o indivíduo em permanente processo de pulsação, contradição, negação, metamorfose e libertação que, em seu movimento, nega o que o nega ou permanece na mesmice (senso comum de si mesmo).

No processo de construção e recriação permanente da identidade o indivíduo vai posicionando-se ante as situações de vida. A isso denominamos estilo ou modo de viver. Quando essa maneira de viver torna-se pequena, repetitiva, estereotipada ou fragmentada, podemos dizer que estamos diante de uma identidade



fragilizada, rígida ou de uma identidade bloqueada, dissociada ou desorganizada (Toro, 1991).

Reich (1979) diz que a formação do caráter neurótico é produzida pela repressão da energia libidinal, pela fixação das situações pré-genitais. Nesse caso, em torno do Ego, vai formando-se uma blindagem para protegê-lo do conflito e permitir um modo estável de viver ante as angústias e os medos. Essa blindagem psíquica é uma couraça que se forma na esfera da musculatura, modelando o “jeitão” da pessoa.

O caráter neurótico, que aqui denominaremos de identidade neurótica, não depende das condições específicas de uma classe social, mas da sociedade como um todo. Isso quer dizer que a produção desse tipo de identidade fragilizada ocorre em qualquer classe social, em virtude da ação dos meios de repressão originados tanto na moral sexual-repressiva como nas relações autoritárias e fascistas. Para Reich (ibidem), a repressão atuaria para impedir o fluxo natural da energia libidinal; para nós,¹ atuaria para impedir a expressão da identidade pessoal, dos seus potenciais de desenvolvimento (vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência) e para impossibilitar a criação de condições sociopsicológicas que favorecem o trabalho, o conhecimento, o prazer e o amor, pilares da nossa existência.

Todos esses aspectos mencionados constituem a condição geral de formação, repressão ou desenvolvimento da identidade de uma pessoa de qualquer classe social. Por outro lado, existem condições relacionais específicas, particulares, que delineiam de forma única a identidade de cada um (plano microgenético, segundo Vigótski). Além das condições gerais e específicas que atuam sobre os indivíduos, numa sociedade de classe vamos encontrar, também, as condições de classe. Cada classe tem seu modo de vida,

¹ A repressão, em Biodança, é uma “estrutura que infiltra a existência em todos os seus detalhes, em toda circunstância e nas mais variadas formas. Está presente na arquitetura e no urbanismo, na distribuição dos móveis da casa, na vestimenta, nos livros, no trabalho, na escola, nos gestos, nos alimentos etc. Queremos dizer que a repressão é uma dimensão ativa que intervém nas relações sociais, afetivas, políticas e culturais. A estrutura de repressão está instalada na pessoa em forma de couraça muscular, tensões viscerais, padrões de respostas bioquímicas e em cada uma das expressões do mundo cultural” (Toro, 1991).



seu “jeitão social”. Podemos dizer que há uma “cultura da riqueza, das elites” e uma “cultura da pobreza, do oprimido”, coexistindo e em luta no interior da mesma cultura, da mesma coletividade.

Enquanto a subjetividade (social e individual) própria da classe dirigente se forma e se desenvolve fora da sobrevivência socioeconômica, a subjetividade da classe oprimida está diretamente submetida a essas condições. A classe pobre encontra-se mergulhada profundamente na sobrevivência e no sofrimento do cotidiano. Seu mundo é o da miséria, da pobreza, do fatalismo, da dependência, da descrença de que as coisas podem mudar, da ignorância e da marginalização, situação que não é comum nas outras classes sociais. Um mundo de negação que se reproduz por várias gerações e que é vivido desde a infância, quem sabe, desde a vida intra-uterina, por mais que o organismo da mãe proteja o feto.

A classe oprimida tem como condição de vida situações diretamente voltadas para satisfação das necessidades primárias e imediatas de sobrevivência, nas quais se fixa cronicamente durante gerações e gerações. Ao contrário, a classe dirigente tem como condição, para a formação e desenvolvimento de seu psiquismo, situações de vida voltadas para a satisfação de necessidades de *status* e desenvolvimento pessoal. Os processos psíquicos da classe dirigente se enraízam nas condições sociopsicológicas de desenvolvimento em que o fator sobrevivência é menos decisivo, diferentemente da classe oprimida, que se enraízam nas condições de sobrevivência, violência e medo. Essas são condições centrais e todo o seu mundo psicológico estrutura-se e orienta-se por elas, em geral, na forma de identidade de oprimido e explorado, a qual é expressão das relações de dominação e dependência e se forma pelo bloqueio² do potencial de vida, que não gera uma identidade neurótica ou psicótica, mas sim uma identidade negada, sofrida, desamparada, frágil e, também, violenta.

² Em Biodança temos o bloqueio, a dissociação e a desorganização como conceitos que tratam da repressão ao potencial evolutivo da pessoa. O bloqueio não é uma psicopatologia, mas um fenômeno de obstrução da vida. A dissociação e a desorganização podem ser consideradas como “Doenças de Civilização” (Jores 1977, apud Toro, 1991).



Toda a energia eco-sócio-orgânico-psicológica necessária à formação e desenvolvimento de milhões de seres humanos é transformada em dólares para benefício da classe dirigente nacional e internacional. O que resta do oprimido? Se sobreviver, um corpo maltratado, carregado de raiva e medo caracterológicos, que representam uma reação primária de defesa, malcanalizada e desvirtuada, assim fragilizando o indivíduo e sua classe social. Dessa forma surge “a morte das possibilidades de organização autônoma, a letargia cultural, a petrificação das pessoas” (Fannon, 1979).

Manter o corpo petrificado (tensões crônicas), inconscientemente, é a solução encontrada pelo núcleo de vida do oprimido para protegê-lo, pelo menos precariamente, das condições sociopsicológicas e econômicas adversas. Na maioria das vezes, essa “proteção precária” contribui para a desorganização da família e do bairro, como também no indivíduo, para sua prisão, loucura ou morte por debilidade orgânica ou assassinato.

O núcleo de vida permanece enquadrado numa existência desumana e sem futuro, na qual a vida é violentamente negada ou sucumbe pela própria destruição do organismo. O sistema opressor procura, além de enquadrar, destruir mental e fisicamente o excedente de oprimido, o que é desnecessário à vida social, assim impedindo-o de existir e desabrochar a sua vida. Por isso, “A fome continua como presença cheia de sentido (e absurdo) na geografia nacional” (Felinto, 2005, p. 9).

Por esse prisma, a identidade como identidade de oprimido e explorado é fruto da dominação e da pobreza, mais um resultado da opressão e da exploração, e não uma psicopatologia.³ Poderá chegar à situação de produzir enfermidades físicas, crises psicológicas ou mesmo um quadro psicótico, mas não se constitui de antemão como enfermidade ou transtorno. O que há é uma forte relação direta entre identidade de oprimido e explorado e identidade de enfermo na população pobre, isto é, quanto mais se fortalece a primeira mais se tende para a segunda.

³ Para um estudo da psicopatologia do oprimido ver *Psicoterapia do oprimido* de Alfredo Moffatt (vide Referências).



É importante considerar que a identidade de oprimido e explorado não configura toda a identidade pessoal do morador, a qual encerra uma potencialidade de expressão genuína e de desenvolvimento pessoal, necessitando somente ser facilitada, apoiada, estimulada em sua tendência de realização e amor.

A identidade de oprimido e explorado é um modo de sobrevivência social, biológica, psicológica e espiritual, construído alienada e inconscientemente pelo povo pobre para reduzir sua angústia e sofrimento diante da miséria e da violência, para não ser eliminada socialmente, nem psíquica e fisicamente. É um tipo de identidade que não integra socialmente os indivíduos e os mantém separados, individualizados, dentro de sua coletividade. É uma tentativa de resistir ao caminho de exploração, doença e morte imposto pela classe dirigente, cujo final é representado pela penitenciária, hospital, manicômio ou cemitério.

Resistindo de diversas formas, mediante estratégias de sobrevivência, o pobre não consegue desvencilhar-se da opressão e da dependência e mais as reforça, pois a identidade de oprimido e explorado não é uma solução viável de luta e crescimento pessoal e social, mas sim um reflexo da opressão que se torna opressão. Por isso, trabalhar com o oprimido não é fazer apenas um trabalho de psicoterapia individual ou grupal, nem tampouco “sociologizar” a sua vida, desqualificando ainda mais ou minimizando sua subjetividade e seu potencial de realização, como é comum na ação clínica ou social em separado. Nem por um lado nem pelo outro os esforços são suficientes.

Entendemos que as condições de atendimento e desenvolvimento pessoal da população pobre, da transformação da identidade de oprimido e explorado em identidade saudável de cidadão, estão intimamente relacionadas à atividade comunitária e à criação de um clima individual e social de expressão do valor pessoal e do poder pessoal, mediante a construção de espaços de participação e mobilização, de expressão dos moradores no próprio lugar em que vivem e fazem história.

O valor pessoal é um sentimento de valor intrínseco que se manifesta quando a pessoa entra em contato com o seu núcleo de vida, uma tendência natural para a realização. Sentir-se capaz



de viver, gostar de si mesmo, acreditar na sua capacidade de conviver e realizar trabalho, são expressões do valor pessoal. O poder pessoal, por outro lado, é a capacidade de transformar a realidade, de influir na construção de relações saudáveis com os outros e nas condições objetivas de seu meio social. É a potência com que se vive a cada momento, buscando o crescimento de si, do outro e de sua comunidade.

O valor pessoal e o poder pessoal fazem parte do potencial de desenvolvimento humano e são expressões da própria identidade saudável e cidadã, que se formam e se restauram nas relações sociais emocionalmente significativas. Vale dizer que a identidade é, ao mesmo tempo, noção e sentimento de si mesmo.

Rogers (1977) cita a congruência das idéias, sentimentos e ações, a aceitação de si e do outro e a capacidade de sentir o outro, como fenômenos geradores de crescimento individual e grupal. Acrescentamos aí a participação e a mobilização da comunidade, o diálogo e sua luta reivindicatória e política, como fenômenos que completariam o universo a ser trabalhado para a construção ou reconstrução do valor pessoal e do poder pessoal na população pobre, enfim, para a construção de identidades saudáveis de cidadãos.

Quando o oprimido se exercita como sujeito, aos poucos descobre que suas mãos são construtoras de si mesmo e de sua comunidade, da sociedade em que vive. Contudo, essa prática não é predominante. O que é comum nos bairros pobres é o fatalismo, a dependência, o desemprego, o uso de álcool e drogas, a violência e a presença de pequenas casas contíguas, com um, dois ou três compartimentos, onde moram muitas vezes dez pessoas, em quarteirões cheios de crianças e jovens. Essa situação social e psicológica constitui um dos arranjos cotidianos de sobrevivência, entre muitos outros que as protegem e, ao mesmo tempo, as fragilizam.

O morador muitas vezes não vê saída para seus problemas e acredita que as coisas não mudam a não ser se uma autoridade quiser.

Nessa situação o valor pessoal e o poder pessoal são escassos. A sensação é a de que o indivíduo está esperando ou já se desiluiu há muito tempo. Porém, no meio desse ajustamento socioideológico, encontramos pessoas que estão vivas e brilhantes, que



não sucumbiram à ideologia de submissão e resignação, ao contrário, “pelejam” para a vida coletiva melhorar. São moradores das cidades e dos sertões que lutam, contam histórias de vida, falam e cantam seus sonhos, sofrimentos e amores. Patativa do Assaré (1978, p. 322), por exemplo, é um deles, representa o artista, o poeta do sertão cearense que, em seus versos, canta a vida sertaneja cheia de beleza, força e sofrimento, canta com orgulho o seu viver, como nos versos a seguir:

Eu sou de uma terra que o povo padece
Mas nunca esmorece, procura vencê,
Da terra adorada, que a bela cabôca
De riso na boca zomba no sofrê.

Não nego meu sangue, não nego meu nome,
Olho pra fome e pergunto: o que há?
Eu sou brasileiro, fio do Nordeste,
Sou cabra da peste, sou do Ceará.

Como Patativa do Assaré, o latino-americano (ameríndio) não só é alguém nem só estar aí no mundo, numa dada cultura, do ponto de vista ontológico e histórico-cultural (diferenciação cultural). Ele está aqui sim, nessa terra chamada América Latina, Ameríndia, Pindorama, Nordeste brasileiro, Ceará, Assaré, com sua história, rosto, nome e vive na condição de oprimido e explorado. Entretanto, em vez de se sentir apenas como ser “de menos” que aí está com os outros, vai além desse estar e luta com os outros por sua libertação ou pelo menos renuncia com os outros este sonho de libertação, questão central de uma filosofia que se constrói nessas condições de opressão e exploração do outro individual (pobre) e do outro coletivo (povo ou classe oprimida) — a Filosofia da Libertação (Dussel, 1998).

Conscientização

O ato de conhecer é o ato de ler e nomear a realidade, pronunciar o mundo; é também lhe dar um sentido e apropriar-se dele. Segundo Aguilar (1998, p. 113), ler “é um processo dialético



que sintetiza a relação existente entre conhecimento-transformação do mundo e conhecimento-transformação de nós mesmos”. Nesse ato de conhecer temos a conscientização ou aprofundamento da tomada de consciência (Freire, 1994b, 1979; Simões Jorge, 1981), o processo de pronunciar a palavra com os demais (diálogo), a palavra que se encontra enraizada na experiência de vida de quem a pronuncia (Fiori, 1995). Não é uma simples tomada de consciência, mas o distanciar-se para explicar a realidade e, ao mesmo tempo, o aproximar-se para transformá-la. Não surge como resultado do simples desenvolvimento econômico, já que necessita da presença ativa do indivíduo com os outros em sua realidade social. Daí porque a importância do encontro solidário e do diálogo-problematizador no processo de conscientização.

Não há pensamento isolado, assim como não há homem isolado; todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e uma comunicação entre ambos, que se dá através de signos lingüísticos. O mundo humano é um mundo de comunicação. Corpo consciente (consciência intencionada ao mundo, à realidade), o homem atua, pensa e fala sobre esta realidade, que é a mediação entre ele e outros homens, que também atuam, pensam e falam” (Freire, 1993, p. 74).

Quando o morador faz uso da palavra, ao ser estimulado por outros, ou por sua própria decisão, para dizer algo, e depois outro morador toma a palavra, e outro mais, e assim sucessivamente, significa que a palavra circula de consciência em consciência para, aos poucos, transformar-se em ação concreta. É um compartilhar de experiências, conhecimentos e sentimentos, além de intercâmbio de idéias e de consciências; um construir coletivamente o conhecimento crítico e afetivo, o definir o problema a ser superado e a solução para ele. Mediante o diálogo-problematizador, todos se influenciam mutuamente, cada um reconhece o outro como capaz para fazer uso da palavra; todos sabem que podem expressar-se, falar, trocar conhecimentos e assim acres-



centar algo a questões que conhecem até muito pouco com relação a outros que as conhecem melhor.

O processo de intercâmbio solidário da palavra leva ao conhecimento crítico e amoroso, à ação consciente entre os que expressam por meio da palavra a realidade em que vivem, bem como leva ao surgimento de lideranças, de moradores escolhidos entre seus pares para coordenar alguma tarefa, uma atividade comunitária completa ou a própria associação quando existe.

Na obra de Freire, a fala é problematizadora, um pensar reflexivo de cooperação, de solidariedade e de mudanças reais, não um pensar de manutenção da relação complementar dominador-dominado, na qual se revela a linguagem alienada que, de acordo com Aguilar (1998), se pode ver “nas mensagens impostas que respondem a transmissões encarregadas de configurar e perpetuar uma sociedade na qual «os que sabem» depositam uma parte de seus saberes «nos que não sabem»” (p. 111). Com isso mantém-se o silêncio, garante-se a submissão desses últimos, “limitam sua capacidade de respostas e os incitam à evasão mais que à reflexão” (ibidem).

O diálogo-problematizador, o conhecimento crítico e a ação transformadora e solidária são temas de conscientização, de vida, libertação e cidadania ante a realidade de opressão e exploração. São temas que nas obras de Fiori, Freire, Dussel, Vigótski, Toro, Lane, Martín-Baró e tantos outros possuem um sentido de desenvolvimento humano, de desenvolvimento moral, de igualdade nas diferenças, de comunicação entre consciências e de aproximação amorosa e reflexiva entre os indivíduos e com a realidade físico-social.

Na conscientização a realidade é objeto do conhecimento e o sujeito assume a posição epistemológica, e ambos, sujeito e mundo, formam um todo dialético na atividade ou ação transformadora.

Não há conscientização sem a descoberta da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo; tal descobrimento, ainda que dele surja uma nova percepção da realidade, desnudando-se, ainda não basta para reconhecer a conscientização. Assim como



o ciclo gnosiológico não se acaba na etapa da aquisição do conhecimento existente, pois se prolonga até a fase da criação do novo conhecimento, a conscientização não pode deter-se na etapa do descobrimento da realidade. Sua autenticidade tem lugar quando a prática do descobrimento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade (Freire, *ibidem*, p. 103).

Freire considera que o aprender refere-se ao conhecer as significações e suas relações, mas a conscientização tem lugar quando se constrói o sentido dessas significações e de suas relações. Para ele, nesse caso, se encontra a educação e não somente o ensino. Para Sanders (1968), a conscientização significa um “despertar da consciência, uma mudança de mentalidade”, quer dizer que o homem compreende e atua criticamente em sua realidade físico-social. É daí que obtém sua própria dignidade e valor.

O processo de conscientização tem como finalidade desenvolver a consciência crítica, permitir ao indivíduo, junto com os demais, construir-se como sujeito de sua história e enraizar-se nela. Para Martín-Baró (1998), a questão central ou prioridade da Psicologia deve ser a conscientização.

Além da obra de Paulo Freire e contribuindo com ela, outros autores, tanto em Educação (Fiori, 1981), Filosofia (Dussel, 1977), Ciências Sociais (Leis, 1998) e Economia (Kabeer, 1998), como em Psicologia Social e Psicologia Comunitária (Martín-Baró, *ibidem*; Góis, 1994; Lane, 1987), trataram ao longo do tempo o tema da conscientização como categoria central da práxis de libertação. Por exemplo, Martín-Baró problematiza a conscientização como um processo psicológico e social, “um movimento dialético, pessoal e comunitário do homem diante da realidade histórica em suas dimensões essenciais” (1998, p. 138), enquanto Lane & Sawaia (1991) a entendem como algo relativo à educação. Com enfoque mais psicológico, Sawaia (1994, p. 50) considera a conscientização como um processo que “deve contemplar desejos, necessidades e emoções individuais e coletivas”.

Ao problematizar o conhecimento e a conscientização, Freire (1980) e outros autores mencionados, enfocam o problema



da consciência na dialética indivíduo-mundo, na história e na cultura, concebendo, como fundamentais, a comunicação, o diálogo, a problematização, a transformação social e a solidariedade.

Em Freire, como em Vigótski, a consciência é a condição primeira do humano, e em seu desenvolvimento está a possibilidade de libertação e autonomia. Não se constitui como epifenômeno, mas que se origina na dialética do concreto (Kosik, 1976), numa realidade histórico-cultural. A consciência é resultado do conjunto das relações que o indivíduo estabelece com o mundo ao longo de sua vida, propiciando a ele sentir, determinar e explicar sua relação com respeito ao próprio mundo que o rodeia, assim como permite a compreensão de si mesmo nessa relação.

A teoria da consciência de Freire parte da interação consciência-mundo, na qual “a consciência é consciência de algo”, e se constitui como tal mediante sua relação com outras consciências.

A consciência é consciência de algo, para o qual se dirige seu intento. A consciência de si dos seres humanos implica na consciência das coisas, da realidade concreta em que se encontram como seres históricos, a qual eles aprendem através de suas habilidades cognoscitivas. O conhecimento da realidade é indispensável ao desenvolvimento da consciência de si e este ao aumento daquele conhecimento (Freire, 1979, pp. 144 e 145).

Por compreender a consciência enraizada em um processo histórico-cultural, Freire buscou entendê-la na realidade da América Latina (América Latina). Observou que a consciência social das sociedades latino-americanas se caracterizava, em geral, pela dependência e autonegação. No caso do Brasil de Pindorama, foi até às suas raízes históricas para compreender as conseqüências atuais de todo o processo de colonização e escravismo (Freire, 1980), dentre essas conseqüências uma característica muito forte de imitar e valorizar o comportamento dos colonizadores, como já havia demonstrado Fannon (1983) em seu livro *Máscara Branca em Rosto Negro*.



Freire viu que o movimento da consciência social de tais sociedades podia ser compreendido com base no esforço que realizam para se manterem dependentes, oporem-se superficial e emocionalmente, ou buscarem a autonomia e a integração com a realidade, distanciando-se com profundidade da herança colonial. Ele percebeu que as sociedades latino-americanas (ameríndias) podiam ser agrupadas em: *a*) fechadas; *b*) em transição; *c*) abertas; sem negar a presença dos três tipos em uma mesma sociedade. Aqui se refere a um modo predominante, mais característico do movimento da consciência social das sociedades colonizadas.

A sociedade do tipo fechado é caracterizada por alienação cultural, dependência, elites distanciadas do povo, superposição das elites à sua realidade social, o povo “imerso” ou sem capacidade de decidir a quem corresponde uma mínima tarefa na sociedade, o povo dirigido pelos apetites das elites que estão sobre ele, o povo incapaz de conhecer a si mesmo, predomínio da importação de modelos, ausência de diálogo (sociedade antidialógica), sociedade exportadora de matérias-primas, depredadora, predomina o autoritarismo e o conformismo, o homem encontra-se dominado pelo poder exterior, há pouca mobilidade social ascendente, são alarmantes os índices de analfabetismo e a ênfase é na sobrevivência e no imediatismo.

A sociedade em transição é aquela em que predominam o embate sectário entre o velho e o novo (forças reacionárias e progressistas), avanços e retrocessos que confundem e provocam medo (ditaduras), insistência para novos temas e novos rumos, industrialização incipiente, acirramento das contradições sociais e surgimento de atitudes sociais de opção, clima emocional, sectarismo e acriticismo direita-esquerda, otimismo ingênuo e, às vezes, desesperação, incapacidade de criar projetos autônomos de vida e busca de transplantes inadequados (receitas, modelos do exterior) para a solução dos problemas de seu contexto, utopicamente idealista para tornar-se depois pessimista e desesperada, atitudes de inferioridade em suas gerações mais velhas e desencadeamento de forças intensamente emocionais que se prolongam no irracionalismo, aparecimento de instituições assistenciais que se tornam assistencialistas e presença da tomada de consciência — de uma consciência transitiva.



Quanto à sociedade do tipo aberto, temos a relação das elites com o povo e captação crítica das tarefas de seu tempo e de seu contexto, renúncia aos otimismo crítico e aos fanatismos, elevação da auto-estima e da esperança (autoconfiança), é uma sociedade de comunicação e diálogo, volta-se sobre si mesma e se descobre inacabada, o povo participa de seu processo histórico, torna-se sujeito e não objeto; nela há integração e vivência comunitária e se exercita a democracia.

Para compreender os níveis de consciência devemos considerar a realidade histórico-cultural como uma super-estrutura em relação com uma infra-estrutura. Devemos, portanto, tratar de discernir de maneira relativa, mais ainda que de maneira absoluta, as características fundamentais da situação histórico-cultural a que tais níveis correspondem. Não temos a intenção de empreender o estudo das origens e da evolução histórica da consciência, senão de fazer uma análise concreta dos níveis da consciência na realidade latino-americana (Freire, 1980, p. 63).

Analisando a consciência social (fechada, transitiva e aberta) das sociedades latino-americanas (ameríndias), Paulo Freire viu que o discurso e a ação particular dos grupos e dos indivíduos podiam, também, ser compreendidos com base nas mesmas características dos tipos de sociedades mencionados antes, demonstrando com isso a íntima relação dialética entre consciência social e consciência individual. Ele compreendeu que o movimento que uma sociedade realiza para passar de uma condição fechada, semi-intransitiva, a uma condição transitiva e aberta reflete-se, também, no esforço que o indivíduo realiza para se desenvolver como sujeito de sua realidade, ou melhor, no esforço de passar de uma consciência pessoal fechada a uma consciência pessoal transitiva e aberta. De um lado, temos um fato social; de outro, temos um fato psicológico. Não são eventos paralelos, pois o que temos aí é uma relação dialética entre o social e o psicológico, entre o coletivo e o individual.

Diante de tal observação, Freire passou a identificar os diversos modos de vida cultural (consciência social) e os diversos



movimentos da consciência pessoal, assim chegando aos três níveis de consciência considerados em sua obra: semi-intransitivo mágico; transitivo ingênuo e transitivo crítico. Para cada nível de desenvolvimento cultural corresponde, em geral, o mesmo nível de consciência individual. Por exemplo: Em uma comunidade rural com predominância da consciência social fechada, a consciência individual predominante nos moradores é a semi-intransitiva mágica.

Para não cairmos na tentação de pensar os níveis de consciência numa hierarquia, que não era a intenção de Freire, consideramos os níveis como tipos de consciência, os quais surgem das condições histórico-culturais de uma sociedade e das experiências e vivências do indivíduo nessa mesma realidade, na qual se encontram implicados o maior ou o menor trânsito indivíduo-mundo. A passagem de um tipo a outro, do mágico ao ingênuo, é a tomada de consciência; e do ingênuo ao crítico é a conscientização ou aprofundamento da tomada de consciência. A passagem de um a outro realiza-se mediante a atividade prático-vivencial-reflexiva. O contrário é a alienação (Codo, 1990; Mészáros, 1981), a permanência no tipo mágico de consciência, a “parcialização” da realidade por uma consciência dominada, submissa, de pouco fluxo indivíduo-mundo. Vejamos cada tipo em suas características principais:

CONSCIÊNCIA SEMI-INTRANSITIVA OU MÁGICA

Inclui todas as formas vegetativas do viver. É ambígua com seus temores e desconfianças. É uma consciência de pouco trânsito, submissa e alienada. Na captação da realidade o indivíduo não se distancia para conhecê-la, pois sua consciência é quase imersa, quase aderente, mágica, supersticiosa e fatalista. Explica a origem dos fatos mediante o destino. Ajusta-se à realidade, apresentando-se acomodado e com baixa auto-estima. Estabelece muito pouco compromisso com sua realidade social.

CONSCIÊNCIA TRANSITIVA INGÊNUA

Amplia no indivíduo a capacidade de apreensão e de resposta às demandas que partem de seu contexto. Os interesses e preocupações dos indivíduos dirigem-se para as esferas mais amplas,



em vez de se limitarem à simples esfera vital, vegetativa. Caracteriza-se pela melhoria da relação indivíduo-mundo, aceita os desafios e se abre aos estímulos externos. Mesmo assim, tem desprezo a toda forma de concepção científica, pensa que sabe tudo sobre a realidade e se satisfaz com as experiências, sendo eminentemente empírica.

Sua captação da realidade baseia-se na simplificação dos fatos, pois não investiga nem se aprofunda nas causas. Vê a realidade de maneira estática. Atua emocionalmente e tira conclusões rápidas e superficiais. É polêmica, assistencialista e usa de manipulação emocional. Considera o passado melhor que o presente e não aceita esquemas impostos. É desejosa de liberdade, de superar o silêncio e capaz de compromisso.

A consciência ingênua caracteriza o momento em que o indivíduo se descobre na situação de opressão e de alienação, ao mesmo tempo que busca sair dessa situação histórico-social e pessoal, ainda que sem clareza e profundidade na análise da realidade social e de si mesmo. A deformação da consciência ingênua, por ser insegura, leva à irracionalidade e ao fanatismo. Por isso não respeita a opção dos outros; por isso seu aspecto é emocionalmente exagerado e polêmico.

CONSCIÊNCIA TRANSITIVA CRÍTICA

Nesta, o indivíduo assume o dever, como sujeito, de fazer e refazer seu mundo. Busca enraizar-se de maneira crítica na história, mediante o diálogo e o compromisso, ou seja, mediante a solidariedade com os homens e mulheres na busca incessante de humanização por reconhecer-se incompleto.

A principal característica da consciência crítica é a profundidade na explicação do mundo por princípios da racionalidade. Permite aos indivíduos a reflexão crítica e ampliada sobre seus próprios atos. Sem dúvida, tem interesse pela vida social e política, considera que o indivíduo é um ser-do-mundo, um ser-no-mundo e um ser-com-o-mundo.

A consciência crítica vê a realidade mutável, por isso investiga, verifica, indaga e revisa. Pressiona a realidade, aprofunda-se na análise de problemas e não se satisfaz com as aparências. Está



livre de preconceitos na captação, na análise e na resposta. É inquieta e autêntica, não transfere responsabilidade, delega e aceita delegação, é dialógica, nutre-se do diálogo, é dialética, aceita o novo e as contradições — compromete-se com a realidade. Nela, o indivíduo busca integrar-se à realidade e comprometer-se com ela. Mediante sua inserção no mundo, aceita as exigências e os desafios do mundo, tentando superá-los através de uma ação crítico-transformadora e solidária.

A cidade que se quer saudável

Problematizar a realidade social e, especificamente, a saúde da população pobre, requer partir de um contexto socioideológico definido, neste caso, a Cidade de Fortaleza. Um lugar de beleza e sofrimento, sonhos e profundas desigualdades sociais. Pretendê-la saudável requer tomar nas mãos e com coragem um caminho socialmente participativo e mobilizador, que nos leve a uma cidade verdadeiramente democrática e ecológica. Esse é o desafio maior de todos nós, fortalezenses, a construção de uma cidade onde se entrecruzam e se integram o individual, o social e o ecológico, eixos transversais para a construção de políticas públicas.

Vivendo numa cidade que, por um lado, nos encanta, e por outro, nos envergonha, temos de considerar que não estamos perante uma situação somente natural, estamos olhando para uma situação de violência social, vendo vidas extremamente sofridas e desamparadas, humilhadas em sua cidadania. Não podemos fechar os olhos a isso, como se não fosse um problema de todos nós e um produto do modelo de desenvolvimento adotado até agora.

Em artigo intitulado “A banalização do mal”, publicado no jornal *Estado de Minas* (25/9/1995), escreveu Margarida Vieira:

Talvez o mais trágico na sociedade brasileira atual não seja a existência das desigualdades, da miséria e da violência. O mais trágico é a naturalidade com que todos nós convivemos com esta realidade.



Romper com essa atitude exige assumir um lugar na história, significa reconhecer que somos nós que fazemos a vida social, com nossas ações, omissões, permissões e delegações. Não negar isso é o primeiro passo para a construção de uma cidade democrática. Não é algo fácil construir uma cidade assim, tampouco difícil. É algo complexo.

Nesse ato de fazer sua cidade o indivíduo se faz, se humaniza com os outros indivíduos. Humanização entendida no sentido de Freire (1994a), isto é, a consciência da própria incompletude e da capacidade de superar o permanente inacabado. Nesse ato reside a criação, como também a conscientização ou aprofundamento da tomada de consciência. Por isso, o desafiar a realidade, o transformá-la, o fazer cultura e o desenvolver-se como sujeito da história, individual e coletivo, desde o pedaço de osso transformado em primeiro instrumento até ao mais recente meio de comunicação — a internet.

A consciência humana vem daí, do uso de ferramentas para transformar o mundo e da criação de símbolos para comunicar-se e dar significado à realidade. No recente e permanente ato do fazer e do significar se originam e se desenvolvem a consciência, o pensamento e suas funções de abstração, análise e generalização, além da imaginação e do planejamento mental, que nos liberta da prisão do imediato e nos arremete para o domínio da temporalidade, da criação e do futuro.

O ato de planejar não é um mero ato de controlar, dominar e submeter tecnicamente a realidade aos interesses de grupos e de classes, mas sim um ato, antes de tudo, de construção da vontade humana de superação, de humanização e de convivência profunda com a realidade. É um ato de apropriação do mundo e de inclusão da pessoa, também em transformação no próprio mundo em transformação. No ato de se apropriar do mundo e de fazer parte da realidade transformada, os indivíduos lançam mão dos instrumentos, dos conhecimentos e de suas experiências e habilidades, mas o essencial, como sempre foi, é a interação, é a comunicação, é o diálogo entre eles que, assim, se fazem cada vez mais conscientes, críticos, portanto, socialmente livres. Isso significa ocupar seu lugar no mundo natural e construído, construir um



espaço físico-social com sentido e entregá-lo melhor para as próximas gerações.

O processo de planejar origina-se na consciência e a desenvolve; por isso, além de ser um ato individual e técnico, é um ato social, comunicativo, dialógico. Nesse sentido, aprofundando a comunicação entre os pensares diversos, entre os diferentes, o ato de planejar tende a ser solidário, político e comunitário, portanto, socialmente ético.

Visto desse prisma, o planejamento é um processo profundo da consciência humana ante as suas próprias necessidades e as exigências da realidade objetiva, e que visa à humanização. Num outro sentido, todo planejamento é um pensar e um agir metódicos, direcionado para a construção de uma realidade desejável e possível (visão de futuro), seja para um indivíduo, grupo, comunidade, cidade, município, região ou nação.

Cada morador de uma comunidade tem importante papel no ato de planejar sua cidade (Borja, 1998), suas políticas públicas, já que vive enraizado nesse lugar físico-social que o identifica e é identificado por ele, desde sua habitação privada até o espaço público da cidade. Esse lugar, por sua vez, encontra-se interiorizado, como atividade, vivência e significação, constituindo o campo de realização de uma pessoa e de sua coletividade, um lugar de ocupação, identificação, pertença, defesa e desenvolvimento individual e social.

A cidade tem sentido para o seu morador, é algo que lhe é próprio. Negar o sentido, ou destruí-lo, é negar seu morador, sua existência e sua responsabilidade pelo lugar. Por isso a cidade não pode ser um espaço sem sentido de vida, de relações de dominação, de exclusão social, mas sim de inclusão, de participação, um lugar consentido, diferentemente da dominação, que produz em geral distanciamento pelas elites e pelas instituições com relação ao cidadão, ao sujeito que é responsável por sua vida, por sua coletividade, por seu território e, também, por essas mesmas instituições. Esse distanciamento é acompanhado de graves problemas, como a institucionalização autoritária do cotidiano, a desapropriação do espaço natural e construído (sem-terra, sem-teto e sem meios de produção), a concentração da riqueza natu-



ral e social, e a prevalência cada vez maior de uma elite dominadora que controla o sistema de ação histórica da cidade.

Para superar as relações de dominação na cidade de Fortaleza são necessários esforços para o fortalecimento do controle social da ação pública (mobilização social), a conscientização, a potenciação da vida comunitária e o desenvolvimento auto-sustentado do espaço urbano. Reconhecer a responsabilidade e a competência histórica e social do morador. Urge, portanto, a ação transformadora baseada em valores democráticos e de vida que, entre outros aspectos, cultive o amor, o bem-estar social, o trabalho, a solidariedade e a paz; que realize a inclusão social, o usufruto comum da riqueza natural e social da cidade, de seus bens e serviços. Que faça que o espaço vazio ou sem sentido, desapropriado ou imposto, seja transformado em um espaço com sentido positivo e estimado pelas pessoas, um espaço desejado.

Entretanto, temos de perguntar: Nossas cidades têm sentido para seus moradores, são de fato cidades consentidas? Como estão as cidades brasileiras?

Em Fortaleza vemos a alegria e a dor de uma cidade, de uma coletividade, a sabedoria e a inteligência, a solidariedade, as experiências e as habilidades, as manifestações culturais, a beleza geográfica, os amores e risos, os equipamentos institucionais e sociais, o deslocamento de pessoas e veículos, as casas e os edifícios, as indústrias, o comércio, o ambulante, o pedinte, a violência, o abraço do casal, as árvores e os pássaros, o ar e o clima, as águas e a lama, o solo, a poluição, as ruas e avenidas, os espaços de lazer e de trabalho, as favelas e os bairros, a riqueza e a miséria, a fome dos que não têm e a voracidade dos que têm muito, a destruição da Natureza, as vontades e os desejos individuais e coletivos mais profundos e o brilho do olhar das crianças.

Nossa cidade, como todas as cidades brasileiras, é um lugar de beleza, de profundas desigualdades sociais e de muita luta pela sobrevivência, um lugar de vida, sagrado. Porém, em meio à miséria a riqueza — os excluídos convivem com os que os excluem. A pobreza e a degradação do espaço urbano ganham contornos perversos, descaracterizando a maioria de seus moradores e a natureza aí presente.



Fortaleza bela, lugar de convivência afetiva e solidária, do trabalho e do lazer, da paisagem natural, das manifestações culturais e políticas, não deve continuar a ser palco de concentração de riquezas e tragédias anunciadas; não pode perpetuar o cenário da segregação, da pobreza, da violência, da intolerância, da ignorância, do desamor e da destruição da Natureza que, também, a constitui.

Para compreender tudo isso, no propósito da construção de uma cidade democrática e ecológica, de uma Fortaleza de todos nós, é preciso tanto um olhar de técnico como um olhar de político e um olhar de poeta, como o de tantos que aqui, nesta cidade, vivem ou já viveram. Entretanto, além desses olhares, é preciso o olhar dos seus moradores.

O que está na base da vida de uma cidade é o desenho afetivo-valorativo de um povo e de um lugar, de uma mentalidade cultural que pode desenvolver-se referenciada, cada vez mais, numa práxis de vida, libertação e cidadania e não no escravismo, dependência e desigualdade social.

Fortaleza é história viva e cultura, identidade de lugar, subjetividade social. Apresenta um desenho particular de cotidiano e de futuro, o qual não pode ser desconsiderado ou visto superficialmente por um só tipo de saber ou de classe social, pois quando não se vive a alma das ruas, não é possível pensar o futuro, ou melhor, no caso deste livro, a Saúde Comunitária da cidade que se quer saudável. Para se construir uma cidade democrática é importante levar em consideração, além do planejamento e da captação de recursos, a vontade e o conhecimento de seu povo, a participação social (conduta individual) e a mobilização social (conduta coletiva). É preciso, mais que a governabilidade, a presença ativa dos movimentos sociais e ecológicos da cidade, é preciso a democracia direta.

Por entendermos que a participação e a mobilização são temas de importância na democracia e, muitas vezes, tratados de modo confuso, apresentaremos a seguir o que pensamos a respeito de ambos.



PARTICIPAÇÃO SOCIAL E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Na direção de uma nova práxis, libertadora, referenciada na vida e na cidadania, é que devemos tender e por onde devemos caminhar, isto é, na direção de um homem e de uma mulher participantes de uma sociedade mobilizada e cidadã. Entretanto, precisamos aqui distinguir participação de mobilização, sem negar a relação dialética entre ambas. A primeira é condição intrínseca à atividade social consciente dos indivíduos, própria da consciência pessoal e em favor do próprio indivíduo e de sua coletividade; é a condição para a potenciação pessoal. No caso da mobilização social, esta é condição criada coletivamente mediante a participação dos indivíduos para que se garanta politicamente o controle social; é condição para a potenciação da coletividade.

A participação social está na esfera pública do indivíduo, diz respeito à conduta pessoal voltada para a atividade coletiva e solidária de superação dos problemas sociais e humanos. Por outro lado, a mobilização social está na esfera política da coletividade, está relacionada com o sujeito coletivo que assume seu lugar no controle da ação do Estado e da própria sociedade sobre os indivíduos, grupos, minorias, comunidades e população em geral.

Em ambas encontramos o processo de conscientização em sua dimensão psicológica (construção do sujeito) e em sua dimensão social (mudança social). Uma implicando a outra.

A participação e a mobilização apontam para o desenvolvimento de uma sociedade que se quer democrática e esta aponta para a participação do indivíduo e da mobilização da coletividade, cujas necessidades e sonhos são afetados por decisões governamentais quanto ao uso dos recursos públicos e à própria cidadania. A participação e a mobilização são, também, valores de vida e libertação, alicerces de uma cidade ou de uma sociedade que se quer democrática.

O esforço coletivo de desenvolvimento de uma cidade não é algo fácil de ser realizado, mesmo assim é vital como resposta aos novos desafios socioeconômicos e ambientais do mundo atual, especialmente os de integração comunitária dos mercados e das culturas locais, os da pobreza e do desenvolvimento



sustentável. Implica, de fato, a participação social e a mobilização social locais, processo esse necessário ao desenvolvimento da cidade, o qual não é meramente econômico, senão, fundamentalmente, humano, social e ecológico. Um desenvolvimento que é político e auto-sustentado.

Promover a participação e a mobilização requer posturas e métodos, requer formas pedagógicas de agir, que tomem por base as ciências sociais e humanas, a experiência popular, o compromisso com o povo e o respeito à vida. Um desses métodos é a pesquisa-ação-participante, um método político-pedagógico que une a pesquisa com a ação-participante, numa perspectiva de mudança individual e social, aprendizagem, convivência e construção conjunta do conhecimento entre o político, o técnico, o artista e o morador local.

O importante nesse método, e em qualquer atividade coletiva de construção do conhecimento crítico, do desenvolvimento humano, da transformação social e do cuidado ambiental, é considerar que a população pode exercer de fato um papel ativo, pois possui um tipo de conhecimento tão importante como o conhecimento científico-técnico, capaz, também, de levar-nos a encontrar outros caminhos de construção coletiva da cidade que queremos para nós e para as futuras gerações.

Com isso trazemos ao debate sobre desenvolvimento local e de cidade, toda uma complexidade social e humana presente no cotidiano dos municípios e que constitui, por assim dizer, a alma da cidade vivida na alma de cada um de seus moradores. Trazemos, também, a compreensão da importância do planejamento e seu alicerce maior, o olhar e a presença ativa dos moradores na construção do futuro de seu município, como pano de fundo para pensar e repensar a Saúde Comunitária como práxis de vida, liberação e cidadania.



Capítulo 3

PSICOLOGIA COMUNITÁRIA



NA AMÉRICA LATINA (América Latina), a expressão “Psicologia Comunitária” é empregada desde 1975, com o objetivo de se fazer uma nova Psicologia Social, tomando-se por base a preocupação de alguns psicólogos de distintos países latino-americanos (americanos) com os escassos resultados sociais da Psicologia tradicional e por haver uma grande necessidade de superar os graves problemas humanos, sociais e econômicos que ainda hoje afetam a região (Góis, 1994).

O discurso da Psicologia Social, notadamente na América Latina (América Latina) e, especificamente, no Brasil de Pindorama, se fez mediante uma nova rota de construção de uma Psicologia Social crítica, contextualizada, preocupada com os problemas sociais e, mais que isso, comprometida com mudanças humanas e sociais de fundo, como a redução das desigualdades sociais e a conscientização de indivíduos, classe oprimida e povos. Por esse caminho surgiu a Psicologia Comunitária latino-americana (América Latina).

No Ceará, sua história tem como ponto de partida, em 1980, no Pirambu, Fortaleza, as práticas de Psicologia entre a população pobre da periferia de Fortaleza, aqui denominadas de Psicologia

77



Popular (Góis, 2003), uma psicologia comprometida com a luta comunitária e baseada em algumas concepções e métodos provenientes da Psicoterapia (Rogers, Moreno, Fannon e Loyello), da Educação (Freire), da Sociologia (Borja e Touraine), da Biodança (Toro), da Teologia da Libertação (Gutiérrez e Boff) e de nossa própria experiência.

Os primeiros trabalhos foram de alfabetização de adultos e, logo a seguir, com grupos de jovens considerados marginais e dependentes de drogas. Construiu-se contextualizada e foi, dentro do processo político de derrubada da ditadura e da participação popular, que começou a crescer tanto no meio acadêmico (disciplina curricular de graduação, Projeto de Psicologia Comunitária, práticas de extensão) como no interior dos movimentos sociais urbanos e rurais do estado (assessoria, facilitação de grupos, formação de lideranças e treinamento em integração e organização de comunidades).

Ao longo de sua construção, buscou dar respostas aos problemas sociopsicológicos relativos ao modo de vida dos moradores e das comunidades, respostas ao drama social e humano, não no sentido de “psicologizar” essa realidade, senão fazer ver que há uma dimensão marcadamente subjetiva na dinâmica das comunidades e que se relaciona com o campo da Psicologia Comunitária. Por isso entendemos que o desenvolvimento de comunidade deve incluir, prioritariamente, o desenvolvimento do sujeito da comunidade, não o seu ajustamento social à ideologia dominante e às políticas públicas existentes, nem simplesmente à mudança instrumental da comunidade, uma mudança sem ação comunicativa, sem reflexão, sem diálogo, sem solidariedade.

A Psicologia Comunitária é uma disciplina que se orienta por uma práxis libertadora, a partir das próprias condições (atuais e potenciais) de desenvolvimento da comunidade e de seus moradores. O fundamental é a compreensão do modo de vida da comunidade e a realização de seus potenciais de desenvolvimento pessoal e social.

Conceber a Psicologia Comunitária nessa perspectiva permite-nos tratar mais integralmente a relação entre práticas comunitárias e Psicologia, entre práticas comunitárias e saúde, entre atividade comunitária e consciência (Góis, 2005).



Outro aspecto importante a considerar na Psicologia Comunitária no Ceará é o modelo de articulação comunidade-municipalidade, o qual nos permite compreender a comunidade em uma dinâmica intercomunitária própria da vida municipal. Aqui, o município ocupa lugar de destaque no desenvolvimento da comunidade e no fortalecimento da identidade pessoal e social dos seus moradores, isto porque entendemos o município como um lugar vivo, dinâmico e concreto para as pessoas, no qual nascem, residem, se encontram, trabalham, casam e, também, morrem. É nele que ocorre toda uma rede de interesses e de ações sociais, políticas, econômicas, afetivas e simbólicas, constituindo assim um espaço físico-social privilegiado para a construção de cidadãos.

O município é um lugar de participação social e mobilização social, um lugar de mediações diretas entre indivíduo e sociedade maior, um espaço visível de relações comunitárias e intercomunitárias, de movimentos sociais e de relações institucionais. É um espaço cotidiano próximo como o da comunidade, porém mais abrangente no trato das questões comunitárias, do desenvolvimento da comunidade e de seus moradores.

Construímos a Psicologia Comunitária no Ceará dentro do marco da Psicologia da Libertação. A definimos como uma área da Psicologia Social voltada para a compreensão da atividade comunitária como atividade social significativa (consciente) própria do modo de vida (objetivo e subjetivo) da comunidade e que abarca seu sistema de relações e representações, modo de apropriação do espaço físico-social, a identidade pessoal e social, a consciência, o sentido de comunidade e os valores e sentimentos aí implicados. Tem como objetivo a expressão e desenvolvimento do sujeito da comunidade, mediante o aprofundamento da consciência dos moradores com relação ao modo de vida da comunidade, mediante um esforço interdisciplinar voltado para a organização e desenvolvimento das pessoas, dos grupos e da própria comunidade.

A Psicologia Comunitária estuda os significados e sentidos (Vigótski, 1991; Leontiev, 1982; Luria, 1987b), assim como os sentimentos pessoais e coletivos da vida da comunidade. Estuda o modo como esse sistema de significados-sentidos-sentimentos



se encontra e se transforma nas atividades comunitárias e nas condições gerais de vida dos moradores. Podemos dizer que estuda o modo de vida da comunidade e de como este se reflete e muda na mente de seus residentes, para de novo surgir, transformado, singularizado, em suas atividades concretas no cotidiano da comunidade. Isto significa, também, compreender as necessidades dos moradores e a importância do compromisso que o Psicólogo Comunitário tem com a comunidade em que atua. Preocupa-se, enfim, com as condições sociopsicológicas da vida da comunidade (internas e externas) que impedem aos moradores construir-se como sujeitos de sua comunidade e as que os fazem sujeitos dela, ao mesmo tempo que, no ato de compreender e compartilhar a vida comunitária com seus próprios residentes, trabalhar com eles a partir dessas mesmas condições, na perspectiva da autonomia dos que ali moram.

Nesse caso, o problema central é a construção do morador como sujeito da realidade (Lane, 1984), quer dizer, sujeito da comunidade (Góis, 1994, 2005), o indivíduo que se descobre (compreende e sente) responsável por sua história e pela história da comunidade e que as constrói mediante sua atividade prática e coletiva no mesmo lugar em que vive e faz história de sofrimento, luta, encontro, esperança e realização.

Olhando por esse prisma, compreendemos que a Psicologia Comunitária deve avançar objetivamente para o tema da consciência (e da conscientização) e que as práticas comunitárias não podem ser consideradas somente como práticas instrumentais ou comportamentais, sem a devida consideração dos processos conscientes e das outras funções psicológicas superiores, incluindo os sentimentos, especialmente o da afetividade (Câmara, 2006). É necessário observar que as práticas comunitárias não são simples atividades externas com conteúdos sociais e subjetivos, mas sim, essencialmente, atividades da consciência que mudam a atividade mesma e a própria consciência, por conseguinte, fazem o sujeito e a realidade social. Compreendê-las desse modo é essencial para se poder entender a dinâmica comunitária como dinâmica, além de histórico-cultural, psicológica, movimento da consciência.



Podemos dizer, a partir daí, que o sentido último da Psicologia Comunitária é a contínua busca de vida e humanização pelos moradores de uma comunidade, pois esta nos parece ser a vocação do sujeito para superar-se como ser vivo e livre que de fato o é.

Reconhecemos que nossa concepção de Psicologia Comunitária contém valores arraigados nas ciências sociais e humanas em nosso país, valores baseados na história, no sofrimento e miséria de nosso povo, bem como numa ideologia de mudança social, de libertação. Porém, isso não invalida o pensar científico nas ciências humanas e sociais, pois sabemos o lugar que esses valores e ideologia ocupam em nosso compromisso social e em nossa prática científica; além disso, está claro para nós que não há ciência social e humana sem valores e ideologias, e nem por isso perde seu caráter e mérito científicos.

Comunidade

Desde meados do século passado, o conceito de “Comunidade” tem gerado controvérsias e, ao longo desse século até hoje, a complexidade da vida social, cada vez mais crescente, tem reforçada a dificuldade de chegar-se a um denominador comum.

Vejamos algumas das principais características utilizadas na tentativa de se encontrar uma conceituação, principalmente as que ao longo da nossa experiência temos utilizado: delimitação geográfica e territorial; atividades econômicas e sociais comuns; mesmo nível socioeconômico; laços históricos e culturais; necessidades e problemas comuns; convivência efetiva, duradoura e direta; mesmo sistema de representações sociais; identificação entre os moradores e destes para com o lugar; espaço físico-social apropriado; e sentimento de comunidade.

Entendemos a comunidade como uma instância da sociedade ou da vida de um povo ou nação que a reflete com uma dinâmica própria; é o lugar de moradia, de permanência estável e duradoura, de crescimento, de orientação e de proteção da individualidade ante a natureza e a sociedade; como a sociedade que a circunda e influencia, apresenta um processo sociopsicológico



próprio, cheio de contradições, antagonismos e interesses comuns, que servem de construção e orientação das ações dos moradores em relação ao próprio lugar e à sua inserção no conjunto da sociedade. É o espaço social de intermediação da vida familiar com a vida da sociedade, no qual o indivíduo é confirmado como membro de uma determinada cultura e com uma determinada identidade de lugar. É um espaço de relação direta, face a face, entre seus moradores. Implica um modo de vida, uma “maneira como o agrupamento social estabelece relações internas peculiares [. . .], um modo de ser coletivo” (Martins, 1986, p. 14). Um modo de interagir segundo padrões do lugar, de sua história, tradição, costume, valores, moral etc. É um arranjo particular do cotidiano da sociedade.

Isso não quer dizer que a comunidade seja um lugar sem contradições e homogêneo. Nela estão presentes fortes contradições, conflitos, resistência, solidariedade e esperança. Todos esses elementos, aparentemente fragmentados ou desvinculados entre si, constituem um modo de ser com uma lógica e uma subjetividade social própria. Estão ordenados a um nível abstrato (categorial), muitas vezes não consciente, mas que explicam os arranjos particulares do cotidiano. Para compreendê-los é necessária a inserção no local, assim se apreende o código cultural do lugar e o processo de identificação entre profissionais e moradores poderá realizar-se.

As comunidades geraram as grandes sociedades e foram absorvidas por elas. Muitas desapareceram e outras se transformaram em arranjos sociais específicos da sociedade, fazendo frente ao conjunto das forças sociais e ao Estado. Mesmo assim, existem até hoje, pouco se parecendo com as antigas comunidades. Mas, em qualquer época, a essência das comunidades é a mesma: a vida comunitária, isto é, práticas coletivas de construção e proteção do lugar, onde cada indivíduo se torna mais apto e protegido para lidar com a realidade em que vive.

O ser humano antigo foi forjado em comunidade. Hoje bem menos, em face da complexidade da vida social e das estruturas sociais urbanas. Por outro lado, isso não nega a força e o papel que a comunidade, sobretudo a comunidade pobre, exerce sobre os indivíduos para fazê-los membros ativos da sociedade em que se encontram inseridos.



Nossa vida acontece dentro de grupos e de um contexto social reduzido, necessários à formação e ao desenvolvimento de cada um como membro de uma sociedade e de um determinado contexto dessa mesma sociedade. Por isso a importância, mesmo hoje, da comunidade — da vida comunitária.

As comunidades rurais são mais nítidas em suas características e delimitações, diferente do que ocorre com as do meio urbano. Nestas, as características de comunidade estão fortemente entrelaçadas a fatores decorrentes da intensa interação e mobilidade entre as diversas áreas urbanas (bairro, zona, quarteirão). Perdem com isso a nitidez particular. Mesmo assim, é possível identificá-las através de maior detalhamento das atividades dos moradores em torno de um núcleo como igreja, associação, posto de saúde, comércio local, praça e outros espaços significativos para eles.

Distinguir a comunidade rural da urbana é aceitar as diferenças existentes entre o campo e a cidade, e mais, dar especificidade aos diversos componentes de um processo particular (histórico, econômico, social, político e psicológico) de uma determinada área em relação a outra de uma sociedade regional ou nacional. Existe uma relação profunda entre o campo e a cidade. Distinguir uma área de outra não é romper essa identificação e intercâmbio, mas especificar seus elementos constitutivos e dinâmicos.

Compreendemos o rural subdividido conforme suas particularidades sociais e geográficas, podendo ser praia, serra, floresta, campo ou sertão. Quanto à cidade, a dividimos em concentração nobre e concentração proletária. Em cada concentração há um modo de vida particular, mesmo quando estão entrelaçadas uma na outra, constituindo lugares sociais e subjetivos diferenciados no mesmo espaço geográfico.

Para alguns profissionais de saúde com os quais convivemos, o conceito de comunidade mascara o conceito de luta de classes. Quando dizem isso talvez estejam olhando a comunidade a partir de uma distância sem inserção e convívio, imaginando que a comunidade é um lugar sem diversidade e contradições, que a vida comunitária negaria a luta social, a práxis libertadora.



Esta questão, entendida de outro modo, vem desde Marx, quando considerou que a comunidade feudal não continha um potencial revolucionário, teria apenas as condições de ajustamento à ordem feudal ou se findaria com a violência do colonialismo. Depois, ele entendeu que, de fato, não só as condições do proletariado seriam revolucionárias, mas que as comunidades de então continham, em certa medida, um potencial de transição que as levaria do pré-capitalismo ao socialismo.

O pensamento social do século XIX (Comte, Durkheim, Proudhon, Tönnies, Weber e outros) propunha a idéia de comunidade sobre as idéias de livre vontade, racionalidade e contrato social. Com exceção de Marx, que se opôs a esta corrente de pensamento ao escrever, em 1853, a respeito da desintegração das comunidades tradicionais provocada pela crueldade do colonialismo, principalmente o inglês. Considerava ele que as comunidades antigas constituíam a base do despotismo, inclusive privando o homem de sua força histórica. Sua desintegração, junto com o surgimento das novas relações de produção (capitalismo), assinalava um avanço em direção ao socialismo. Não obstante, em determinadas circunstâncias, a comunidade tradicional poderia favorecer a transição do pré-capitalismo ao socialismo, assim queimando etapas do desenvolvimento do capitalismo, como se deu na Rússia (Góis, 2005, p. 56).

É isso que temos de olhar — o “potencial de transição” da comunidade, ou melhor, o potencial de mudança existente no interior da própria comunidade. Não devemos nos esquecer que as comunidades, por revelarem um “potencial de transição”, por conterem condições para a mudança social e o cuidado ambiental, podem apresentar, em certa medida, condições para superar a pobreza, as desigualdades sociais e a destruição ambiental.

É importante compreender hoje a relação entre vida comunitária e luta social, tomando por base a vida concreta dos moradores da periferia das nossas cidades e das comunidades



praianas e rurais, dentro do contexto maior de uma sociedade de classes.

Apesar de a comunidade refletir, em seu modo de vida, certas condições de “diferenças de classes” em seu interior, o que se verifica de fato é uma diferenciação que não se evidencia na forma clara e desigual das relações de dominação e exploração, nem rompe com os laços comunitários na maioria das situações em que essa contradição aparente se manifesta no modo de vida da comunidade. Por exemplo, numa comunidade praiana temos pescadores e ex-pescadores donos de jangada ou de barco, até mesmo donos de barraquinhas de praia. Aí temos o “dono dos meios de produção” e o que vende sua força de trabalho para esse dono. Aparentemente, temos aí uma situação de classe, mas na prática o que temos é uma proximidade de vida e de trabalho com diferenciações não tão marcantes. Aqui não se revelam com clareza as posturas de classe como na sociedade maior, apesar da presença de certas diferenças próprias da relação empregador-empregado.

No meio urbano, na periferia, temos o microempresário e o empregado da venda, bar ou mercearia constituindo uma relação capital-trabalho. De que ordem? Não entendemos que esse tipo de relação, algo ainda pouco delineado, possa ser caracterizado como espaço marcado por classes sociais distintas e pela luta de classes em sua verdadeira concepção. Mesmo registrando ganhos diferenciados ambos lutam pelo bem comum da comunidade, participam da mesma associação, caracterizando uma forte proximidade social, laboral, cultural e existencial, uma mesma necessidade coletiva. Algo que raramente ocorre no grande espaço social da relação capital-trabalho.

Outro exemplo é o da diferença entre áreas em uma mesma comunidade, uma mais urbanizada e outra favelada. Existem aí diferenças sociais e econômicas, os que estão na pobreza e os que estão na miséria. Estão presentes os preconceitos e posturas, até mesmo, de classe, mas no movimento da comunidade, no seu dia-a-dia, vemos que a proximidade entre eles é muito forte. Todos estão presentes na mesma associação, nas mesmas festas e na mesma luta por uma comunidade melhor, por trabalho, educação, segurança, saúde e outras necessidades cidadãs.



O que temos visto ao longo de nossa experiência é, de fato, a existência do potencial comunitário na relação entre os moradores, um fermento presente no terreno das interações sociais de proximidade e convívio precisando ser facilitado em seu cotidiano, no sentido da construção do conhecimento crítico, do desenvolvimento humano, da mudança social positiva e do cuidado ambiental.

Atividade comunitária

O primeiro contexto no qual se deu a interação social primitiva e o uso de instrumentos e signos foi, certamente, o de um pequeno bando de homínídeos. Era um espaço social inicial voltado para a proteção, sobrevivência, reprodução e desenvolvimento de seus membros e do coletivo. A transformação do espaço físico em espaço de relações comunitárias primitivas passou a ser, também, um dos primeiros produtos culturais. O espaço físico transformado tornou-se um produto social (Pol & Varela, 1994). Supõe-se aí que a atividade humana primitiva já apresentava um caráter comunitário, como se vê em Vigótski (1996), quando diz que a atividade humana primitiva e a atividade na ontogênese requerem a presença de outros seres humanos em cooperação e comunicação.

A atividade comunitária primitiva, ainda que tenha gerado outras formas de atividades complexas, não pode ser comparada à atual, pois esta, após o aparecimento das cidades e a Revolução Industrial, se realiza e se desenvolve em um modo de vida social de maior complexidade cultural, portanto, é de outra grandeza, quer dizer, tornou-se um complexo sistema de interações sociais (Munné, 1995) e de mediatização entre o psiquismo e o mundo físico-social.

Hoje podemos dizer que a atividade comunitária é um sistema complexo de interações instrumentais e comunicativas (Góis, 1994, 2005), em que cada interação se encontra limitada em seus objetivos específicos e, ao mesmo tempo, estão organizadas e orientadas pela integração entre o sistema necessidades-motivos-objetos-objetivos e o sistema de significados-sentidos-sen-



timentos decorrentes da vida comunitária. Essas interações, também, estão organizadas e orientadas pelo próprio sistema de atividades comunitárias e pelas condições histórico-culturais da comunidade e da sociedade nas quais se realizam. As interações instrumental e comunicativa não se apresentam isoladamente nem são determinadas somente por seus objetos e objetivos parciais, já que estão enlaçadas entre si (interdependência) e estruturadas rumo ao objetivo final da atividade comunitária, segundo a complexidade cultural alcançada até aquele momento pela comunidade (relações sociais, leitura da realidade, conhecimento crítico, experiências sociais, tecnologia, valores, tipos e modos de produção, escolaridade, profissionalização, tempo livre e outros).

A dimensão instrumental da atividade comunitária é caracterizada pelo uso de ferramentas necessárias à transformação objetiva e funcionamento da comunidade. Está voltada para a elaboração e uso de instrumentos com finalidade comunitária, sejam tecnologias simples (arado, enxada, pá, machado, martelo, tratores, casa de engenho, forno de pão, irrigação) ou tecnologias avançadas (projetos, desenho de produção, técnicas de administração e comercialização, técnicas de grupos e de tomada de decisão, computadores e outras). Quanto à dimensão comunicativa, esta compreende o diálogo, a expressão de sentimentos e a cooperação entre os moradores, no intuito de alcançar os objetivos da atividade comunitária e favorecer o desenvolvimento das relações sociais da comunidade. Contribui para que os moradores compartilhem suas leituras do mundo e construam outras em conjunto, fortaleçam o trabalho coletivo e a maneira de realizá-lo, clarifiquem mais o futuro que juntos pretendem construir e a própria existência que levam, assim como favorece a expressão de novos sentimentos e significados pessoais e coletivos acerca do lugar, da relação com o entorno e de sua influência sobre a comunidade.

As dimensões instrumental e comunicativa não se encontram isoladas uma da outra. É impossível falar de interações instrumentais sem falar de interações comunicativas, posto que, necessariamente, uma não ocorre nem se desenvolve sem a outra. Por mais que a interação comunicativa se dê sem necessitar dos



objetos da realidade, mediante o uso de imagens e símbolos, esta requer, de algum modo, imediata ou mediadamente, o enlace com a própria interação instrumental; tenha conseqüências práticas para a vida dos moradores, senão tende a debilitar-se como meio de intercâmbio, diálogo e reflexão. O mesmo se aplica à ação instrumental, quer dizer, quando se realiza sem a cooperação e o diálogo, os laços existentes entre o instrumento, quem o maneja e a realidade concreta, ficam enfraquecidos, assim como a visão crítica do morador com relação a si mesmo e ao mundo, ao processo social e produtivo da comunidade e ao conjunto da sociedade.

A atividade comunitária, como um conjunto integrado de interações instrumentais e comunicativas, é um sistema orientado tanto para o morador (dimensão pessoal) como para a comunidade (dimensão social). O desenvolvimento desse sistema se produz mediante as conseqüências positivas que tem para os indivíduos (satisfação de necessidades e motivos pessoais) e para a coletividade (satisfação de necessidades e motivos coletivos). A atividade comunitária revela, de imediato, a unidade instrumento-comunicação e sua força realizadora da consciência e da comunidade, pois sabemos que o operar juntos (cooperar) e o diálogo são manifestações complexas da vida consciente e são essenciais à vida social (Freire, 1993; Habermas, 1987). Ambos se aperfeiçoam e se desenvolvem na atividade humana, a qual, além de aperfeiçoar o trabalho e todas as formas de relação do indivíduo com o mundo, o faz cada vez mais complexo em uma realidade social e comunitária, também, cada vez mais complexa.

Podemos dizer que a atividade comunitária é a atividade prática e coletiva realizada por meio da cooperação e do diálogo em uma comunidade, sendo orientada por ela mesma e pelo significado (sentido coletivo) e sentido (significado pessoal) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os moradores da comunidade. Ela está direcionada para a autonomia do morador e da própria comunidade, na perspectiva do fortalecimento de uma identidade social (Turner, 1990) de lugar e de comunitário, e do desenvolvimento da consciência social e pessoal. Assim, a criação e uso de instrumentos e da comunicação, forjam e desenvolvem a



vida comunitária que, por sua vez, cria novos instrumentos e modifica seu uso e a comunicação existente.

A atividade comunitária dirige-se não somente para o desenvolvimento da autonomia da gestão coletiva e competência na resolução de problemas, mas, igualmente, para a realização dos motivos pessoais e comunitários, por ser uma atividade pessoal e coletiva socialmente significativa e que dá resposta às demandas da comunidade e dos indivíduos. Conduz, até mesmo, à contínua superação das contradições entre o individual e o social na comunidade, como também à construção de uma ética comunitária.

Ressaltamos que esse tipo de atividade inclui o sujeito da ação, pressupõe uma opção real de participação na comunidade e evidencia aspectos históricos, culturais, sociais e psicológicos pertinentes ao lugar. Entretanto, nem todos os elementos considerados importantes na atividade comunitária são significativos, estão relacionados com a consciência. De acordo com Góis (2005), de cinco variáveis consideradas em seu estudo (tempo de participação, tipo de atividade, frequência de participação, papel que exerce e modo de participar), somente as duas últimas influem de fato na conscientização. Os resultados do tempo de participação (em anos) e da frequência mensal (em dias), não são relevantes, apesar de a variável tempo de participação assinalar uma leve tendência a ser significativa.

As pessoas podem participar durante muito tempo e mudar muito pouco sua consciência e sua prática coletiva. Participar regularmente, ao longo do tempo, em qualquer atividade, sem considerar as características mais internas e mais dinâmicas da participação, como o diálogo-problematizador, a ação-reflexão e o exercício da liderança, caracteriza-se mais como “ativismo coletivo” que uma práxis de libertação individual e coletiva. É razoável pensar que a atividade comunitária baseada no “ativismo” não é de fato uma atividade comunitária, e muito menos chega a ser algo que resulte em desenvolvimento do morador e de sua comunidade.

Com relação à importância do tipo de atividade comunitária, até hoje pensávamos que certas atividades não chegavam a modificar a consciência (como as de lazer e de ajuda funcional). A estas



denominamos de atividades de manutenção. Elas não levariam diretamente a uma mudança na vida da comunidade nem na consciência do morador, mas apenas garantiriam o estado atual do funcionamento da vida mental e comunitária. Nesse tipo de atividade, podemos mencionar a organização anual da festa do padroeiro da comunidade, as manifestações artísticas, o lazer e a recreação, a organização da liga de futebol, os clubes de serviço, as campanhas de vacinação, a ajuda assistencial aos necessitados, as associações comunitárias assistenciais, os grupos de oração etc. Por outro lado, entendíamos que as atividades de transformação são as que, de fato, levariam ao desenvolvimento do morador e da própria comunidade, como as de cooperação/produção e ação política. Pertencem a esse tipo de atividade a luta pela melhoria dos serviços públicos na comunidade, a reivindicação de mais escolas e empregos, participação na discussão sobre as prioridades da comunidade, elaboração e instalação conjunta de projetos sociais e econômicos e participação nos movimentos sociais locais.

Entretanto, o que vimos em nosso estudo (Góis, 2005) foi algo diferente do que pensávamos, ou seja, o tipo de atividade comunitária (lazer/ajuda funcional, cooperação/produção e política) não exerce influência sobre a consciência. Isso também indica que qualquer tipo de atividade pode levar ao desenvolvimento da consciência dos moradores, bastando para isso que sejam realizadas levando-se em conta certos aspectos intrínsecos a elas, como temos observado anteriormente. Não é propriamente a atividade comunitária como um todo (variáveis de participação) o que influi na consciência pessoal dos moradores. Somente o papel que o morador exerce na atividade e seu modo de participar são significativos como caminho de conscientização.

Diante disso, os esforços de cooperação e desenvolvimento local precisam insistir em uma verdadeira participação social (sem demagogias e manipulações políticas, institucionais e técnicas), e mais, compreender a participação social como problema da consciência, um conceito também psicológico e não apenas sociológico e econômico.

Por esse olhar, o conceito de atividade comunitária a que estamos nos referindo vai além da “atividade de melhoria das con-



dições de vida” (Sanchez Vidal, 1999, p. 136), já que implica uma maneira ativa de participar, pois o ato de participar de determinado modo das atividades comunitárias leva o morador a substituir a maneira de refletir a realidade de uma forma imediata, quase estática, dependente e ligada às suas necessidades concretas de sobrevivência, portanto limitada em seus motivos e explicações, para uma forma de refleti-la em seu movimento, com um sentido de realidade que lhe permite reconhecer-se capaz de criar a vida comunitária e fazê-la sua.

A participação social, sem uma perspectiva mais profunda (subjetiva) do morador, não leva a algo tão significativo quanto a desenvolvimento do indivíduo e, por conseguinte, de autonomia da comunidade. Musitu, Herrero & Gracia (1996) no artigo “Integração, Participação Comunitária e Saúde Mental: um estudo empírico de suas relações” relatam que a simples participação comunitária (“medida objetiva de participação em associações e atividades da comunidade”) não está relacionada com a integração comunitária (“medida subjetiva de identificação com a comunidade”).

Os dados apóiam de forma empírica a idéia de que a mera participação em atividades da comunidade não pode equiparar-se à integração na comunidade. Portanto, as medidas objetivas de assistência a organizações e participação em atividades devem complementar-se com uma avaliação da percepção que o indivíduo mantém com respeito a essa comunidade (p. 217).

Os pesquisadores referem-se à “percepção que o indivíduo mantém com respeito a essa comunidade”, quer dizer, a identificação do indivíduo com sua comunidade. Vemos aí algo mais, o sentido construído pelo morador sobre sua integração na comunidade, entendendo aqui o sentido como próprio do movimento da consciência.

Com a citação anterior pretendemos mostrar que a perspectiva psicológica está presente, queiramos ou não, nas práticas sociais, e que hoje deve ser considerada dentro do âmbito da participação social. Integrando-se às perspectivas sociológicas e econômicas



das práticas comunitárias, temos na atividade comunitária a perspectiva psicológica, especialmente no que se refere à consciência pessoal e à unidade instrumento-comunicação, que é inerente à própria estrutura da atividade comunitária. Assim, temos como essenciais nessa atividade os significados e sentidos, os sentimentos, a cooperação, o diálogo acerca dos problemas e da própria vida da comunidade, a participação ativa em todos os âmbitos da atividade. Isso implica o ato de dizer a própria palavra, debater idéias, dar sugestões no grupo, executar as decisões e exercitar funções de liderança. Aqui está presente uma base pedagógica que não é comum na escolarização nem no trabalho.

Sujeito da comunidade

Na construção do sujeito da comunidade está implicada a compreensão do morador de que ele é co-responsável pela realidade social na qual vive e que, também, é capaz de transformá-la em seu próprio benefício e no de toda a coletividade.

Entendemos o sujeito fazendo-se na atividade de superação das contradições sociais, como conseqüência do desenvolvimento de sua prática local. Para Vigótski, Freire e Lane o indivíduo, ao transformar a realidade, apropria-se cada vez mais dela e, por conseguinte, passa a conhecê-la muito mais, torna-se, assim, sujeito de sua história, de sua realidade, quer dizer, percebe-se responsável por seu caminho, junto com os demais e, também, mediatizado por eles em sua relação com o mundo.

No ato de construir seu lugar de vida, descobri-lo, conquistá-lo, apropriar-se dele, mediante uma prática de diálogo e cooperação, o morador consegue rasgar o véu que impede a conscientização, que embota a capacidade de aprofundar sua consciência no mundo. Sua prática passa a ter sentido, para ele mesmo e para os demais, ao ser, por ele, decodificada e, depois, ressignificada, criando assim novos sentidos e novos sentimentos, mais seus, portanto, mais profundos, mais dinâmicos, mais transformadores, mais vivos, mais cidadãos (Ribeiro, 2004). Isso significa passar da semi-intransitividade à transitividade da consciência.



O que distingue o sujeito da comunidade do indivíduo submisso e dependente que ali vive é que o primeiro tem uma consciência transitiva que lhe permite melhor compreender o modo de vida de sua comunidade e de si mesmo, além de reconhecer seu valor e poder para desenvolvê-la e desenvolver-se como sujeito comunitário. Rompe ele, cada vez mais, com a ideologia de submissão e resignação, a identidade de oprimido e explorado e a cultura da pobreza, construídas por séculos de opressão e exploração. Diante das relações de dominação não se entrega e busca estimular os demais moradores a superarem suas vidas oprimidas. Por outro lado, o indivíduo submisso e dependente é o que tem uma consciência parcial da realidade, alienada (Mészáros, 1981), vive por meio da dependência e submissão às forças externas (naturais e sociais), sem entender-se e sentir-se capaz de realizar mudanças pessoais e coletivas no sentido da autonomia de si mesmo e de sua comunidade. Não se reconhece capaz, tornou-se indivíduo-objeto, mercadoria eleitoral e, muitas vezes, mercadoria religiosa.

Para compreendermos o movimento dos moradores no esforço de superação da situação de opressão e negação de suas potencialidades, precisamos considerar que, por trás do indivíduo fragilizado, existem questões geradoras e mantenedoras dessa situação de aniquilamento, as quais podem ser examinadas no âmbito da ideologia de submissão e resignação e da identidade de oprimido e explorado. Todavia, sabemos também que a vida impulsiona o indivíduo a viver, a lutar, a descobrir seu valor e poder para construir uma vida melhor para si e os demais. O que está no mais profundo de cada morador é sua vocação biocêntrica e ontológica de ser livre e ser sujeito, é seu potencial de vida e sua capacidade de fazer florescer o valor pessoal e o poder pessoal, sua condição de ser vivo e sujeito de si e da comunidade. Por isso a importância do fortalecimento do valor pessoal e do poder pessoal do morador, um processo de desabrochar uma nova percepção sobre si mesmo, que aprofunda positivamente suas relações na família e na vizinhança, que o leva a participar ativamente da organização do seu bairro e das comissões reivindicatórias e políticas, valorizando a participação comunitária e a política como instrumento de cidadania e desenvolvimento comunitário.



Desenvolvimento comunitário

Entender a comunidade e suas atividades comunitárias é essencial para se lidar com o desenvolvimento comunitário. Não estamos nos referindo apenas a um diagnóstico, mas principalmente a uma compreensão ecológica e etnográfica do lugar, a uma leitura mais complexa da realidade local, que envolve uma análise não só dos fatores restritivos e impulsionadores como, também, de uma reflexão crítica sobre a organização socioideológica que perpassa a história e a vida social do lugar, as práticas locais e a tendência objetiva e subjetiva de futuro dessa coletividade.

Vemos o desenvolvimento comunitário como prática coletiva que facilita, concentra e utiliza os esforços comunitários dentro de uma estratégia de combate à pobreza, de proteção à Natureza e de fortalecimento do poder popular. Nesse esforço de desenvolvimento, em geral, consideramos alguns aspectos-chave: o desenho histórico e socioideológico do lugar; seu meio ambiente e sua dimensão econômica; as relações sociais e institucionais; o lazer e a cultura; o modo de vida, os símbolos e a subjetividade social e individual.

Não estamos nos referindo aqui ao desenvolvimento de comunidade preconizado em geral nas políticas públicas, cujo papel maior cabe aos agentes externos. É propriamente desenvolvimento comunitário, já que se referencia na cultura local, no potencial comunitário, na experiência acumulada, na vontade dos moradores, na atividade comunitária, na integração comunitária e na relação de cooperação entre agentes internos e agentes externos. Não é uma ação de fora para dentro, sem considerar fundamental a história, cultura e capacidade de agir da comunidade, nem uma ação fechada em seu interior, cabendo exclusivamente a iniciativa, controle e sentido do desenvolvimento à própria comunidade. Nem uma nem outra coisa, mesmo que, ainda hoje, a iniciativa e o rumo do desenvolvimento continuem nas mãos do governo ou de outras agências externas, como as do terceiro setor, e não nas mãos dos moradores.

Esse tipo de desenvolvimento local implica a integração de ações e a relação pedagógica entre agente externo e comunidade, evidenciando assim o papel e a importância de cada interlocu-



tor na definição do rumo e do modo de desenvolvimento apropriados à realidade do lugar, isto é, definidos e compartilhados de comum acordo. Em última instância, a palavra final é da comunidade no que diz respeito ao sentido do desenvolvimento e ao controle da ação. Isso implica um desenvolvimento participativo, de busca de autonomia local, de interdependência, e não de dependência ao exterior da comunidade.

Reconhecemos a importância do desenvolvimento comunitário nas estratégias de desenvolvimento municipal, mas há que aperfeiçoá-lo, sobretudo quanto a compreender as comunidades, também, como realidades profundamente humanas e simbólicas, com experiência acumulada e uma identidade de lugar, organizadas em torno, principalmente, da luta pela sobrevivência.

Uma preocupação que temos acerca desse desenvolvimento encontra-se, por um lado, na questão do seu planejamento, das dificuldades que um planejamento centralizado, tecnicista ou não participativo tem para alcançar resultados significativos entre a população; e por outro, na fragilidade da própria ação local, principalmente quanto à sua dificuldade em garantir de modo mais duradouro e adequado a participação social e a mobilização social.

De cima para baixo, e precipitadamente, os agentes governamentais impõem normas e condições para a participação popular e a criação de estruturas associativas, com o fim de efetivar “seus projetos” e de disciplinar e controlar a liberação de recursos financeiros para os moradores. Nesse caso, a comunidade se torna “institucionalizada” por esses projetos. Isso está bem em termos gerais, mas não como processo facilitador da participação e da mobilização locais, pois muitas vezes a consequência ante essa imposição é a aparência associativa, ou seja, a criação de estruturas de mobilização social de qualquer modo e às pressas, por isso, vazias de participação social, representatividade e resultados. Não se fortalece o sujeito coletivo, organizado, consciente, de que nos fala Bakhtin.

Legalizar estruturas de mobilização social, de cooperação, de produção e de representação da sociedade, em que Estado e Sociedade se confundem no âmbito local, como é o caso dos conselhos municipais e de outras políticas públicas, requer muito cuidado político e pedagógico, para não se cometerem erros que irão transparecer no funcionamento, no processo decisório e na



ausência de resultados. Essas estruturas transformam-se em lugares de reuniões burocráticas, manipuladas, esvaziadas e apáticas, de pouco valia e cheia de aparências e enganos, cumprindo unicamente uma proposição normativa ou cartorial, tanto para o Governo como para a própria municipalidade.

Não negamos a importância dessas políticas, programas e projetos, desde que realizados de modo pedagógico, que possibilitem a construção orgânica de estruturas de mobilização, de serviços e de produção. Assim, os recursos servirão para potencializar a comunidade e alavancar suas atividades comunitárias com base na própria realidade e problemas locais, e não para institucionalizá-la. Porém, se os recursos forem pulverizados por meio de relações fragmentadas, personalizadas ou burocratizadas com associações, cooperativas, conselhos setoriais ou lideranças locais, o dinheiro investido não atingirá seus objetivos, gerando então mais desencanto para os moradores, já tão carregados de frustrações, desinformação, desesperança e fatalismo.

Por fim, o desenvolvimento comunitário, na ótica da Psicologia Comunitária e da Saúde Comunitária é, antes de tudo, o desenvolvimento do sujeito comunitário, ou seja, do morador que se descobre cada vez mais como sujeito socialmente crítico, afetivo, responsável e capaz de mudar seu projeto de vida que se encontra, em geral, limitado por relações de dominação e alienação, dando tanto a seu projeto de vida como ao sistema de ação histórica da comunidade um novo sentido e uma direção consciente, mais própria e apropriada ao lugar.

Segundo a Pnud (1997), “a potenciação do indivíduo é o ponto de partida da ação comunitária” (p. 108). Para nós, a questão central da potenciação é a criação de condições sociopsicológicas que facilitem o desenvolvimento da consciência crítica dos moradores. Desse modo, as estratégias de facilitação do desenvolvimento comunitário devem contemplar em sua estrutura de ação o problema objetivo da consciência como questão central em sua planificação e ação. Considerar esse problema em um plano secundário ou isolado da vida concreta dos indivíduos é um grave erro de conseqüências negativas tanto para os moradores como para a vida comunitária.



PARTE II





Capítulo 4

SAÚDE COMUNITÁRIA



PENSAR A SAÚDE, com base no que foi exposto nos capítulos anteriores, é concebê-la referenciada na vida, dentro de uma trama maior — a rede de saúde sendo uma teia de vida, que inclui a potencialidade, a experiência acumulada e o drama social e humano de uma coletividade, a qual se busca compreendê-la em sua história, em seu cotidiano, em seus significados e sentidos, em seus sonhos e problemas. Fica claro, então, que é preciso, para se pensar a saúde, estar onde o povo está, convivendo e aprendendo, construindo com ele conhecimentos sobre sua própria vida e lugar. Reconhecer que a história do nosso povo o marca muito mais como “nordestinado” e não como cidadão. Uma história de profundas desigualdades sociais, de Bangalôs, Casarões, Cortiços e Mocambos, de Casas-Grandes e Senzalas perpetuados até hoje no dia-a-dia das relações sociais e humanas, no traçado urbano de nossas cidades e nas práticas governamentais e empresariais.

Essa história e esse cotidiano de estresse continuado (crônico) têm que ver com a saúde e o adoecer da população pobre? Para nós, a resposta é afirmativa, pois a saúde tem uma origem, além de natural, profundamente histórico-cultural, ideológica. Entretanto, não podemos homogeneizar essa origem, já que nossa sociedade é uma sociedade de classes. Nela estão presentes



profundas desigualdades sociais, a produção da pobreza e, conseqüentemente, das enfermidades e dos transtornos mentais.

Essa discussão foi apresentada nos capítulos anteriores e, agora, nos apoiamos nela para examinar em seus diversos aspectos, por nós considerados chaves, a Saúde Comunitária como um conceito positivo e coletivo, por nela se considerar, como ponto de partida, o potencial de vida e a experiência acumulada presentes em cada morador e entre os moradores. Por ver o indivíduo como sujeito da realidade, cidadão, capaz de aprender a cuidar, cada vez melhor, de sua saúde, da saúde do outros e da Natureza, que neles está presente e os envolve com a sua potência natural. A Saúde Comunitária, portanto, sendo uma ação potencializadora do indivíduo e da comunidade para cuidar de seus moradores e do meio ambiente. Busca, desse modo, responder à multidimensionalidade da saúde em seus constituintes ecológicos, sociais, orgânicos e psicológicos que afetam as pessoas em seu lugar de moradia e convivência — a comunidade.

A Saúde Comunitária é uma concepção de saúde e um conjunto de atividades voltadas para facilitar/favorecer processos relativos mais à saúde que à enfermidade, mais à prevenção e promoção que à doença. Propõe-se como alternativa crítica aos serviços tradicionais e envolve todas as atividades realizadas na e com a comunidade em nome da saúde dos moradores.

Segundo Rodríguez Marín et al (apud Martín González et al, 1993), a Saúde Comunitária:

Implicará, então, o trabalho coletivo dos membros de uma comunidade, junto com os serviços de saúde da mesma, nos problemas de saúde propostos através de determinados programas. [...] Os objetivos, portanto, hão de contemplar as necessidades concretas de cada comunidade, os riscos existentes para a saúde na mesma, a promoção da saúde e a prevenção da enfermidade, assim como sua cura quando tenha se produzido e, finalmente, a educação da população (p. 45).

Nessa perspectiva, o profissional de saúde está envolvido diretamente com a comunidade e com uma nova forma de planejar e distribuir os serviços de saúde. De fato, ele se interessa prin-

principalmente pelas questões práticas relacionadas com seu papel profissional e a organização dos serviços, partindo da compreensão de que é o meio socioambiental a fonte, em geral, das doenças e dos transtornos psicológicos. Entende ele que há diferentes ambientes conforme as classes sociais, ocasionando diferentes problemáticas e formas de atuação em saúde, aí considerados o lugar físico-social, o modo de vida da população e o potencial de desenvolvimento dos moradores.

No Quadro 1, abaixo, apresentamos as diferenças principais entre o enfoque de Saúde Comunitária e o enfoque tradicional de serviços de saúde.

Quadro 1. Saúde Comunitária e modelo clínico tradicional

<i>Dimensão da Ação</i>	<i>Saúde Comunitária</i> — <i>Facilitação</i> —	<i>Serviços Clínicos Tradicionais</i> — <i>Intervenção</i> —
Lugar de atuação	Comunidade (socioambiental).	Instituições de saúde.
Focalização	Ênfase no potencial da comunidade.	Ênfase no problema individual.
Tipo de serviços	Ênfase em serviços preventivos.	Ênfase em serviços terapêuticos.
Como se distribui o serviço	Prioridade para as atividades de educação.	Serviços clínicos diretos aos clientes individualizados.
Estratégias de serviço	Dirigidas a um grande número de pessoas, incluindo psicoterapia breve e intervenção em crise.	Medicina e Psicoterapia individual prolongada.
Tipo de planejamento	Planejamento dirigido às necessidades, problemas de alto risco e coordenação de serviços.	Serviços individuais não planejados, sem coordenação comunitária. Demanda espontânea, longas listas e filas de espera.
Recursos humanos	Profissionais de Saúde, não profissionais, estagiários, pessoas pertencentes à comunidade.	Profissionais tradicionais de saúde (Enfermeiro, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Odontólogos, Terapeutas Ocupacionais e outros).
Tomada de decisões	Responsabilidade compartilhada entre a comunidade e os profissionais.	Controle profissional de todos os serviços de saúde.
Supostos etiológicos	Origem social da enfermidade e do transtorno mental.	Causa intrapsíquica ou orgânica da enfermidade.

Adaptado de Bloom (1973) por Góis (2005).



No quadro anterior fica evidente que na Saúde Comunitária se enfoca a organização dos serviços de saúde na perspectiva da participação e mobilização comunitárias, reconhecendo o potencial social e comunitário da saúde. O lócus é a comunidade como espaço de aprendizagens significativas e de expressão do valor pessoal e do poder pessoal dos moradores, seja em situação de desenvolvimento pessoal e coletivo, seja em situação que envolva muita dor e sofrimento, mediante interações comunitárias pedagógicas e terapêuticas (recuperadoras, preventivas, de promoção e facilitadoras de desenvolvimento humano, mudança social e cuidado ambiental).

Na Saúde Comunitária entende-se a saúde, também, como um valor que, muitas vezes, se apresenta diferentemente entre os moradores da mesma comunidade e que, portanto, é preciso criar espaços de diálogo-vivência-ação visando à construção de um olhar coletivo e de uma prática coletiva em saúde. Nela se encontra um tipo de prática institucional/comunitária direcionado para a organização e articulação dos serviços e ações de saúde na comunidade, por entender que a saúde é uma responsabilidade social em e da comunidade, um processo e não um recurso com o fim em si mesmo. A preocupação é fomentar e facilitar a formação e/ou fortalecimento de grupos comunitários, trabalhar com os moradores na direção de metas, aspirações e tarefas compartilhadas que integrem e fortaleçam cada vez mais o apoio formal ao apoio informal, gerando redes comunitárias de proteção e cuidado. A ênfase é na prevenção e promoção, na educação, em estratégias metodológicas de participação social e mobilização social direcionadas para grupos, coletivos ou categorias e setores da comunidade/território.

A base dessa prática de gestão e cuidado é pedagógica/terapêutica e se realiza, principalmente, por meio dos grupos de profissionais das políticas públicas e dos grupos populares, seja de família, de vizinhança, de mulheres, de crianças, de poliqueixosos, de hipertensos, de artistas, de idosos, de pessoas em situação de crise ou em situação de risco, de desportistas, de jovens, de lideranças comunitárias ou de outro tipo. Isso não invalida o atendimento individual, pois sabemos de sua importância e necessida-



de em determinadas condições de fragilidade da pessoa, mas a prioridade é o processo de grupo e a interação social positiva, isto é, com sentido de vida e cooperação, seja em seus aspectos pedagógicos e/ou terapêuticos. Entretanto, essa atuação grupal requer a compreensão integral da realidade comunitária, um olhar para essa realidade de modo multidimensional e multidirecional, compreendendo suas forças e fraquezas, sua história, cultura e subjetividade.

Olhar a comunidade em sua fragilidade e, ao mesmo tempo, em seu potencial de saúde e desenvolvimento, não significa esquecer as desigualdades sociais, as questões de classe, a ideologia de submissão e resignação e a identidade de oprimido e explorado, mas sim explicitá-las, compreendê-las na direção da saúde da população, de sua vida, libertação e cidadania.

Um aspecto a considerar, afora a questão da atuação em grupo, é o que, além da importância do trabalho do profissional de saúde, pesquisas mostram (Sánchez Vidal, 1991; Durlak, 1979) a eficácia terapêutica dos paraprofissionais comunitários, com valor igual, em alguns casos, maior que dos profissionais de saúde mental. Por exemplo, o agente comunitário de saúde (apoio formal) e os cuidadores comunitários (apoio informal) têm importante papel a cumprir, tanto na prevenção e promoção, como na assistência aos portadores de enfermidades físicas, aos que estão em situação de crise ou com transtorno mental. O princípio comunitário aqui presente é o de que toda a comunidade pode tornar-se competente para lidar com as questões de saúde e assumir o papel de “cuidadora” dos seus moradores, além da própria família da pessoa que necessita de cuidados (apoio familiar e apoio comunitário).

Entendemos que a Saúde Comunitária, como práxis de vida, libertação e cidadania na e em comunidade, constitui referência ou caminho para a redução efetiva dos problemas na atenção primária. Para tanto, os profissionais de saúde precisam compreender a saúde do pobre dentro de uma lógica social desumanizadora, numa realidade social que, também, apresenta um potencial transformador, capaz de levar a população a superar a ideologia de submissão e resignação e sua própria identidade de oprimido e explorado.



É necessário eliminar ou reduzir a degradação ambiental e as péssimas condições sociais de vida a que está submetida a maioria da população, as quais estão escancaradas com violência no cotidiano da cidade, da periferia e da zona rural, pressionando e limitando a vida dos moradores a uma situação de “quase nada”. Não podemos olhar para tal situação com impotência e fatalismo. Precisamos, de fato, ser cúmplices e companheiros de sua luta, mesmo que nós, e os próprios moradores, muitas vezes, não acreditemos que uma outra saúde seja possível.

Por isso, consideramos importante explicitar algumas questões-chave que devem estar presentes na atuação dos profissionais de Saúde Comunitária. Veremos a seguir essas questões: Sistema Único de Saúde — SUS e atenção primária; enfoques da saúde; usuário pobre; estresse continuado; e capacidade de enfrentar o estresse do cotidiano.

SUS e atenção primária em saúde

A 8.^a Conferência Nacional da Saúde, realizada em Brasília, em março de 1986, é um marco da saúde no Brasil por estabelecer os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e sua proposta de atenção primária em saúde. Parte do documento final da conferência foi transformada em lei com a Constituição Federal de 1988 que, em suas disposições sobre a saúde, cria o Sistema Único de Saúde — SUS, regulamentado dois anos depois pelas Leis n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90. A finalidade é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a todo brasileiro. É importante destacar dois artigos da Constituição de 1988 nesse sentido:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sis-



tema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III — participação da comunidade.

Estão presentes na Carta Constitucional preceitos de uma radical transformação do Sistema de Saúde Brasileiro, estabelecidos com base na compreensão acerca da total inadequação do sistema de saúde vigente até então, caracterizado pelos seguintes aspectos considerados pelo Movimento da Reforma Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde (2005):

- * Quadro de doenças de todos os tipos, condicionadas pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do País e que o sistema de saúde não conseguia enfrentar;
- * Irracionalidade e desintegração do Sistema de Saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- * Excessiva centralização levando a decisões, muitas vezes equivocadas;
- * Recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- * Desperdício de recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%;
- * Baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- * Falta de definição clara das competências entre os órgãos e as instâncias político-administrativas do sistema;
- * Desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados;
- * Insatisfação dos profissionais da área da saúde, principalmente devido a baixos salários e a falta de políticas de recursos humanos justas e coerentes;
- * Baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;



- * Ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos;
- * Falta de participação da população na formulação e na gestão das políticas de saúde;
- * Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços; imensa insatisfação e preocupação da população com o atendimento à sua saúde.

Quando se analisa o SUS e seus princípios (*doutrinários*: universalidade, integralidade e equidade; *organizativos*: descentralização, participação, regionalização ou hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), verificamos estar diante de uma verdadeira revolução tardia que ainda não chegou de forma efetiva e eficaz. Com muita dificuldade está sendo implantado. Ainda assim, o SUS é, de direito e de fato, a grande conquista dos movimentos de saúde, o caminho democrático da saúde em nosso país, “[. . .] um dos maiores avanços de política social no Brasil na sua história recente” (Andrade, 2001, p. 15).

Os serviços de saúde, por intermédio do SUS, ampliam e aprofundam a relação entre os próprios serviços, seus profissionais e a população, principalmente a população oprimida. O usuário pobre passa à condição de usuário cidadão e os serviços e profissionais passam a interagir e articular-se mais entre si e com as comunidades. O SUS transforma a saúde em ato de cidadania, sendo cada vez mais considerado um sistema sanitário socialmente justo, além de apresentar condições técnicas e de gestão adequadas ao desafio posto à saúde brasileira pelo avanço das práticas democráticas após vinte anos de ditadura militar (1964-1984).

Recentemente, foram publicadas pelo Ministério da Saúde (2006) as diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, Em Defesa do SUS e Gestão. Apontam elas na direção de um maior aprofundamento e defesa da saúde e do SUS, estabelecendo compromissos entre suas três esferas de gestão (Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) em três direções: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.



O Pacto pela Vida compreende: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável; fortalecimento da atenção básica. O Pacto em Defesa do SUS contém diretrizes, iniciativas e ações, e o Pacto de Gestão envolve diretrizes para a gestão do SUS e a responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS. Além dessas diretrizes, temos o compromisso pela efetivação e monitoramento dos três pactos. Essas diretrizes estão em um documento pactuado na reunião da Comissão Intergestora Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006.

É a partir do SUS que falamos sobre atenção primária, a porta de entrada do sistema e um espaço de atuação de profissionais de saúde que, necessariamente, precisam estar voltados, segundo Bleicher (2003, p. 20) “[. . .] para a resolução dos problemas que são mais comuns e que, ao mesmo tempo, exigem menos aparatos tecnológicos”. Na atenção primária temos condição de resolver o maior número de problemas de saúde da população, ao passo que na atenção secundária se resolveriam menos e na atenção terciária bem pouco desses problemas. Portanto, a atenção primária não pode ser uma atenção qualquer, feita de qualquer jeito. É um serviço de qualidade a ser feito por profissionais e paraprofissionais qualificados para lidar com processos comunitários, familiares e pessoais que envolvem a saúde dos moradores.

A atenção primária trata, de fato, do engajamento social em saúde, de levar o profissional (com amor e competência) aonde o povo está. Essa é a questão. Trabalhar com e para a população visando à promoção, à prevenção e à recuperação, garantindo entre outros aspectos a integralidade das ações em consonância com a visão integral do ser humano, a luta contra a ideologia de submissão e resignação e a desconstrução da identidade de oprimido e explorado.



Atender a população em seu lugar de moradia, com equipes e serviços disponibilizados próximos ou nas próprias comunidades, é responder com seriedade às demandas de saúde cuja solução não se buscava antes ou imediatamente após o aparecimento das doenças e problemas. Este é o desafio das equipes de Saúde da Família, programa iniciado no município cearense de Quixadá, pelo secretário de Saúde Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, e oficializado para todo o Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde. Para Mendes (2002, p. 7), o PSF “Representa, certamente, a proposição de mais largo alcance para a organização da atenção primária já posta em prática entre nós”.

São graves as conseqüências da falta de compromisso do Estado brasileiro e dos sucessivos governos para com a saúde da população, principalmente a pobre. Elas se dão em diversos âmbitos, como no custo saúde, na acumulação de problemas de saúde bastante diferentes em suas complexidades no mesmo lugar (o hospital), na distância entre serviços de saúde e população, na incapacidade de detecção rápida das doenças, no aumento da gravidade do problema pela demora no atendimento, na precariedade do atendimento e no ato de responsabilizar a população por suas enfermidades. A conseqüência maior é a resistência e a lentidão em consolidar definitivamente o SUS.

Com ele e, especificamente, com a atenção primária e o PSF, não quer dizer que superamos os graves problemas de saúde em nosso país, nem os efeitos da ideologia de submissão e resignação na área. Os problemas continuam sérios, o atendimento ao usuário permanece marcado por essa ideologia, a humanização dos serviços ainda é muito incipiente e também os resultados obtidos, apesar dos êxitos alcançados, os quais ainda são modestos diante dos desafios que a realidade sanitária impõe aos serviços e profissionais de saúde e à própria população.

Há muito que fazer, não no sentido do paradigma tradicional da saúde (enfoques biomédico e psicológico) nem no caminho do autoritarismo, da dispersão ou do paralelismo e superposição de ações, mas sim no sentido de uma outra prática, com base no enfoque biocêntrico da saúde e das estratégias em rede. Um fazer com o outro em seu lugar de moradia e não para o outro, nem apenas dentro de um posto de saúde.



Não é possível fazer saúde para o outro, tratar, curar o outro, mudar seus hábitos, integrá-lo. Saúde é uma co-produção — se trata, se cura e se aprende a cuidar com o outro. Cuidar de si próprio, do próximo, da comunidade, da cidade (Projeto Acolhimento, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2002, p. 3).

Enfoque biocêntrico da saúde/doença

Ao longo da história, vimos o aparecimento de várias concepções sobre saúde mental e enfermidade, numa seqüência que vai do enfoque demonológico ou sobrenatural, passando pelo biomédico, depois pelo psicológico para, atualmente, chegar ao psicossocial.

Isso não quer dizer que se trate apenas de uma questão histórica, pois, ainda hoje, no Brasil de Pindorama, o enfoque sobrenatural ou demonológico convive com os enfoques biomédico, psicológico e psicossocial. O primeiro continua presente na sociedade, notadamente na população pobre, nas práticas de determinados grupos religiosos e do imaginário popular; o segundo e o terceiro são predominantes nos meios profissionais de saúde (influência de Pasteur no plano biológico e de Kraepelin e Freud no plano psiquiátrico e psicológico). O quarto é pouco difundido, surge na década de 1970 por influência de Fannon, Basaglia e Szasz. Torna-se tema central nas lutas pela reforma sanitária e antimanicomial.

A população pobre mescla, em geral, o enfoque sobrenatural/demonológico com o biomédico; adota pouco o enfoque psicológico por ser menos conhecido por ela, apesar de ser ele bastante considerado nas classes alta e média. As rezadeiras, as lideranças comunitárias, os pais e mães-de-santo, os médicos, os padres e os pastores são os principais curadores do povo oprimido. Há uma profunda e sutil combinação entre o remédio, a fé e o sobrenatural.

O enfoque psicossocial (para nós, sociopsicológico), por considerar a origem social da saúde/doença, ainda se apresenta cheio de controvérsias e limitações no meio dos profissionais de saúde. Apesar de seu grande potencial de contribuição no âmbito da saúde



em geral, ainda enfrenta dificuldades de ordem teórica, ideológica, metodológica e operativa, visto a formação dos profissionais de saúde não contemplar essa forma de olhar a saúde.

Todos os enfoques anteriores, por maior contribuição que tenham dado e continuam dando, não enfatizam a vida, o amor e a ecologia como temáticas integradas efetivamente às questões sociais que envolvem o processo de construção da saúde (em menor grau a concepção sociopsicológica). Optam por enfatizar a doença, o sofrimento e o transtorno mental, em vez de, realmente, priorizar a potenciação da saúde, a prevenção e a promoção, na perspectiva da manifestação da vida em cada ser vivo e na capacidade do indivíduo para aprender a cuidar de sua saúde. Essa é a razão de propormos o enfoque biocêntrico, um enfoque no qual o Princípio Biocêntrico se encontra integrado à concepção sociopsicológica do processo de saúde/doença.

ENFOQUES USUAIS

Consideramos como usuais os enfoques aceitos pela população e adotados pelos profissionais e instituições. No caso destes, se excetua o sobrenatural/demonológico, que se encontra, em geral, no seio da população.

No enfoque sobrenatural/demonológico, a saúde e a enfermidade têm origem em entidades externas maléficas ou em energias malignas que precisam ser expulsas por ordens, rezas e rituais de limpeza e/ou catárticos. A cura dá-se pela aliança do curador com entidades e energias do bem que, sob as ordens do curador, expulsam o ser maléfico ou o feitiço responsável pela doença.

No caso da concepção biomédica, temos a doença originando-se na ação de vírus, bactérias, fungos, desequilíbrios energéticos do organismo (Medicina Oriental) ou outras causas biológicas do tipo genético, fisiológico, carencial ou traumático. A ação principal da cura é a eliminação da agressão, defeito, desequilíbrio ou trauma, pela ação medicamentosa (alopatia e homeopatia), cirurgias médicas e estimulação energética de pontos no corpo da pessoa (acupuntura). O alimento, o estilo de viver, a educação sanitária, a convivência afetiva, a fé e o enfrentamento do estresse são fatores considerados, em geral, de modo secundário ante a prescrição de medicamentos. Há forte dependência



da população pobre aos médicos, empregados de farmácias e à própria medicação, levando-a a não relevar outras formas de relação e atuação terapêuticas, como também o trabalho preventivo e a promoção da saúde.

Não estamos com isso descartando os remédios, mas buscando mostrar que o uso da medicação, quando necessário, deve ser acompanhado de estratégias diferenciadas de recuperação, prevenção e promoção, envolvendo, além do indivíduo doente, a família e a comunidade. Receitar antibióticos, antiinflamatórios, controladores da pressão e benzodiazepínicos para a classe oprimida não é a mesma coisa quando se receitam esses medicamentos nas classes alta e média. São organismos com histórias e características orgânicas e psicológicas distintas, relacionadas com diferentes contextos sociais que levam a um estado de alerta individual e coletivo diferenciado.

O enfoque psicológico, por sua vez, preconiza o transtorno advindo de estruturas psicológicas deflagradas por situações traumáticas vividas pelo indivíduo, em geral na infância. Parte-se da concepção de que a recuperação da saúde está relacionada com o revivenciar e/ou compreender a situação reprimida ou traumática. A mediação principal para que isso ocorra é a atitude de escuta pelo terapeuta. Sua linha de ação é o acesso à memória reprimida e seu posterior processamento e reelaboração em instâncias cognitivas conscientes.

Para os enfoques biomédico e psicológico, a doença, a crise e o transtorno mental têm origem no próprio indivíduo, cuja fragilidade decorre de sua vida individual, por isso o atendimento individualizado (orgânico ou psicológico) como meio principal para se alcançar a recuperação. Nesse caso, o contexto ecológico e social é considerado apenas em um plano superficial, secundário, não relevante no atendimento da pessoa.

ENFOQUE SOCIOPSICOLÓGICO

Indo além das concepções usuais, o enfoque sociopsicológico propõe um outro olhar sobre a saúde, prioriza o social e a prática coletiva e grupal nas questões de saúde.

Ganhou recentemente espaço na saúde mental com a criação dos Caps (Centros de Atenção Psicossocial) e fez-se presente em





diversos tipos de discursos relacionados com a reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial e a atenção primária. Lamentavelmente, porém, as práticas profissionais da atenção primária e dos Caps ainda continuam ambulatoriais e individualizadas, seguem mais o enfoque biomédico e psicológico que o sociopsicológico. Neste último, o social, a prática grupal, a prevenção e a promoção passam a ocupar lugar de destaque nas ações de saúde, isto porque parte esse enfoque da exterioridade social para o orgânico e a interioridade psicológica.

De acordo com Sánchez Vidal (1991), a concepção psicossocial (sociopsicológica) da saúde/doença surge:

[. . .] a partir dos problemas e estresses sociais que grandes grupos de pessoas desfavorecidas ou vulneráveis experimentam nas sociedades atuais e da necessidade de eliminar esses problemas e estresses a nível social, ou melhor, dotar as pessoas das competências psicossociais precisas para enfrentar tais situações (p. 89).

ENFOQUE BIOCÊNTRICO

Compreendendo as contribuições e limitações dos enfoques anteriores, sem descartar a importância deles no cenário atual da saúde, propomos, com base em uma visão mais inteira ou integrada da saúde, o enfoque biocêntrico. Parte ele, como já dissemos antes, da integração entre visão biocêntrica e enfoque sociopsicológico. Nesse novo olhar a vida é a referência do viver e há a primazia do ecológico e do ideológico sobre o orgânico e o psicológico nas questões que envolvem a saúde da população, aí considerando a relação dialética entre o externo (meio ambiente e vida social) e o interno (o orgânico e a subjetividade).

Uma importante razão para a necessidade de um enfoque como esse são as recentes discussões sobre: *a*) limitação e custo dos enfoques biomédico e psicológico; *b*) recentes debates sobre a vida e a ecologia no campo da participação social, mobilização social, prevenção, promoção e educação em saúde; *c*) importância e papel da atenção primária e do cuidado ambiental em saúde; *d*) novas pesquisas relacionando problemas sociais e estresse



sociopsicológico a doenças físicas e transtornos mentais, conforme Sapolsky (2006).

No enfoque biocêntrico da saúde entende-se que o ser humano tem uma origem ecossocial, se forma no conjunto das relações socioambientais, estando o indivíduo submetido a elas e, ao mesmo tempo, forjando-as ao longo de sua vida. Podemos, assim, dizer que o indivíduo é um sistema eco-sócio-orgânico-psicológico orientado pela vida.

O enfoque biocêntrico inclui tanto o olhar para a vida, o amor, a espiritualidade, a ecologia, a organização socioideológica da sociedade, a intersectorialidade nas políticas públicas e a potenciação comunitária, familiar e individual, como a análise e atuação sobre a degradação ambiental, as formas sociais de dominação, o estresse continuado, as enfermidades físicas, o sofrimento psicológico e o transtorno mental. Compreendendo, enfim, todos esses aspectos num complexo eco-sócio-orgânico-psicológico radicalmente marcado e influenciado por uma totalidade hegemônica, conceito desenvolvido por Enrique Dussel quando tratou o tema do(a) outro(a) e da libertação na América Latina (América Latina).

Entende-se que há uma profunda relação entre meio ambiente, sociedade e indivíduo, entre ideologia, classes sociais, dominação, exploração, estresse continuado, doenças, degradação ambiental, sofrimento psicológico e transtorno mental. O que esse enfoque não faz de fato é isolar os fatores que geram e mantêm a saúde/doença como variáveis independentes entre si. Daí a concepção de integração na forma de um complexo eco-sócio-orgânico-psicológico que inclui tanto os aspectos objetivos da vida material e social como os aspectos ambientais, orgânicos e subjetivos da vida da coletividade e de cada morador, até mesmo sua religiosidade e espiritualidade. A cultura local, incluindo seu meio ambiente, o território, é fator decisivo no processo de construção da saúde/doença de uma população.

Buscar as causas das enfermidades e a capacidade de gerar e manter a saúde dos seres vivos, especialmente no ser humano, é sempre um desafio, por mais que tenhamos encontrado numerosos fatores produtores de doença ou propiciadores de saúde. Todavia, essa busca foca unicamente agentes específicos “causadores”



(causa-efeito) em uma situação que é complexa e supera o simples causalismo redutor do processo de construção da saúde/doença. Podemos dizer que existe uma malha de fatores objetivos e subjetivos atuando de distintas formas no processo de construção da saúde/doença, na qual não teríamos como principal apenas os considerados agentes específicos “causadores” das doenças, mas sim toda uma rede ou complexo eco-sócio-orgânico-psicológico em determinada sociedade e em determinada época. Esse complexo assenta-se numa determinada configuração socioideológica da sociedade e envolve um dado conjunto de percepções, leis, crenças, valores, vivências, tipos de consciência, conhecimentos, discursos, recursos financeiros e materiais, práticas sociais, ações institucionais, relações sociais e comportamentos, no sentido de garantir um *modus operandi* que explica, direciona, organiza e controla o processo de construção da saúde/doença na sociedade.

Nesse caso, consideramos de importância tanto questões ecológicas e materiais da organização social, como questões da ordem da subjetividade individual e social, esta não do ponto de vista do interacionismo simbólico (Munné, 1995), mas sim na perspectiva do interacionismo dialético de Vigótski e Paulo Freire, que aponta para um tipo de relação indivíduo-mundo na qual a significação e a transformação da realidade objetiva constituem uma unidade dialética. González Rey (2003, p. 202) nos fala da subjetividade individual e social do seguinte modo:

Ao introduzir a categoria de subjetividade social tinha a intenção de romper com a idéia arraigada, nos psicólogos, de que a subjetividade é um fenômeno individual, e apresentá-la como um sistema complexo produzido de forma simultânea nos níveis social e individual, independentemente de que, em ambos os momentos de sua produção, reconhecamos sua gênese histórico-social, isto é, não associada somente às experiências atuais de um sujeito ou instância social, mas à forma em que uma experiência atual adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual.



Olhar a subjetividade e todo o complexo de construção da saúde/doença não retira a tarefa de prestar atenção e atuar sobre os agentes específicos “causadores” da enfermidade, sejam físicos, químicos ou biológicos. Vai incluí-la numa compreensão maior da saúde, que enquadra esses fatores como constituintes de uma tessitura ou complexo, o qual é primariamente socio-ideológico.

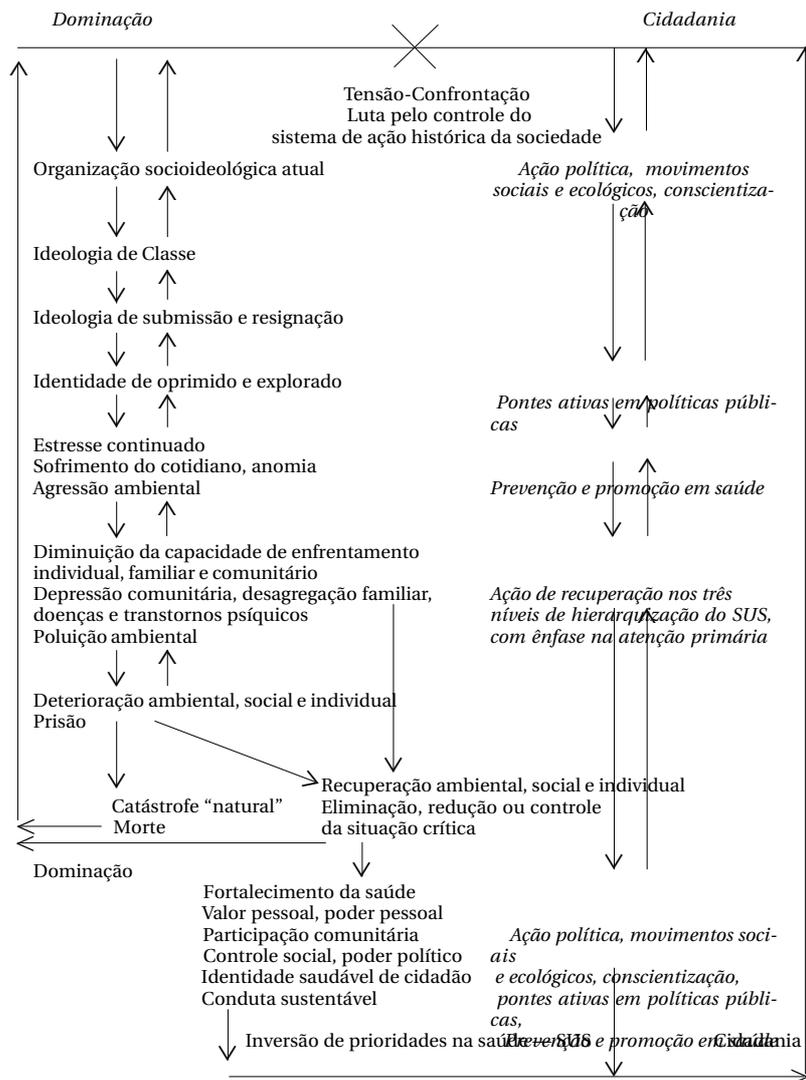
É necessário, entretanto, esclarecer que o enfoque biocêntrico evidencia o viver e a prioridade das ações de prevenção e promoção referenciadas na vida, caminho essencial para se reverter a grave situação da saúde em nosso país.

Por esse prisma vemos que a questão central do processo de construção da saúde/doença é a interação do organismo com seu meio circundante (socioambiental). Há uma relação indissolúvel entre construção/destruição do meio socioambiental e construção/destruição do indivíduo, em qualquer de suas dimensões ecológicas, sociais, orgânicas e psicológicas. Daí surge a possibilidade de mais saúde ou de mais doença.

No enfraquecimento da relação positiva indivíduo-natureza e indivíduo-sociedade (ruptura ecológica, desamparo e isolamento social dos indivíduos), se encontram, em geral, as doenças, seus agravos e a dificuldade de recuperação da pessoa. Ao contrário, no fortalecimento da relação positiva, ecológica e cidadã, constatamos o predomínio da saúde, do equilíbrio ecológico e do bem-estar humano e social. É algo simples de ser verificado e muito difícil de atuar sobre ele, sobretudo quando se trata da saúde da população pobre.

No Quadro 2 da página seguinte, temos a esquematização do processo de construção da saúde/doença em sua dimensão de construção social da saúde e em sua dimensão de construção da doença/transtorno. O esquema, em seu lado esquerdo (para o leitor), mostra os aspectos próprios da configuração socio-ideológica de classe e suas conseqüências sobre o indivíduo, a família e a comunidade. Em seu lado direito, temos as estratégias de atuação que favorecem a saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Ambos os lados do esquema estão enredados e em tensão ideológica e sociopsicológica, revelando o confronto entre dominação e cidadania em nossa sociedade.

Quadro 2. Complexo de construção da saúde/doença



Obs.: Neste diagrama de fluxo, cada momento de construção da saúde/doença vai-se integrando aos outros momentos seguintes, em um processo cumulativo, dinâmico e interinfluenciador, que toma a forma de uma rede ou complexo.



Usuário e usuária pobres

Quem é esse usuário(a) da atenção primária em saúde ou de qualquer outra política social em nosso país? Onde ele vive?

Para nós é aquele que representa a grande maioria da população brasileira, vive em situação de vulnerabilidade social e risco e não tem planos de saúde; é aquele que ganha, quando empregado, um pouco mais de um salário mínimo (até dois) ou bem menos (linha da pobreza e linha da miséria), ganha muito pouco quando trabalha, e quando trabalha, trabalha muito. É comum encontrá-lo desempregado ou fazendo bicate. Ele vive na periferia dos centros urbanos e no meio rural, em situação de grande dificuldade, vive também nas penitenciárias e nas delegacias, nas escolas públicas sem condições de ensino, nas filas de desempregado, nos ônibus abarrotados de gente, nos hospitais gerais e psiquiátricos, nas filas dos postos de saúde, nos asilos, nos albergues e nas ruas.

É daí, desses lugares, que podemos falar da grande maioria de usuário(a) pobre do SUS, de sua existência que, sob certos aspectos, não lhe pertence e segue uma trajetória socialmente definida do nascer ao morrer (“nordestinado”). O pobre nasce na miséria, vive agredido, explorado, humilhado, desamparado e morre no anonimato, muitas vezes como indigente. A pobreza é geral, as elites dirigentes tiram-lhe a chance de viver e de desfrutar dos bens materiais e sociais, da vida digna; procuram destruir sua voz e sua capacidade de transformar a si mesmo e a realidade em que vive.

É desse “mundo absurdo” que vem a demanda maior de doentes e a grande maioria dos usuários(as) dos serviços de saúde. Vem da pobreza dos bairros periféricos, das favelas e da miséria do sertão; vem da fome e da violência que se abate sobre o povo pobre do mundo; vem de um lugar humilde, de uma casa pequena e abarrotada de gente, dormindo num confuso entrelaçamento de redes; vem da fé alienante e da exploração nas fábricas e fazendas; vem do fundo do poço social. O usuário(a) pobre vem de uma subcultura da sobrevivência, do ajustamento



social, de um meio onde se criam estratégias para sobreviver nas piores condições a que um ser humano pode ser submetido.

Nesse contexto se origina o “ser pobre”, a “identidade de oprimido e explorado” e a “cultura da pobreza”. Esta última, segundo Gutiérrez (apud Martín-Baró, 1998, p. 88), “[. . .] é um modo de viver, de pensar, de amar, de orar, de crer e esperar, de passar o tempo livre, de lutar por sua vida”. Um modo adaptativo de vida, na maioria das vezes garantindo a sobrevivência precária (melhor que ser destruído) e a manutenção da opressão e da exploração. É desse lugar social de pobreza e ajustamento que vem a maioria doente da população brasileira.

A cultura da pobreza é algo mais que a pobreza; é um estilo de vida que floresce em um determinado contexto social. De fato, «a cultura da pobreza constitui tanto uma adaptação como uma reação dos pobres frente à sua posição marginal em uma sociedade estratificada em classes, muito individualista e capitalista. Representa um esforço para manejar os sentimentos de impotência e desesperação que se desenvolvem ante a comprovação de que é improvável obter êxito seguindo os valores e fins da sociedade mais ampla» (Lewis, 1969, p. 188). Por conseguinte, o fatalismo seria uma forma adaptativa: pregar-se às forças dominantes, deixar-se levar para onde impõe os poderes estabelecidos constituiria a única forma de sobrevivência exequível à grande maioria de pessoas dos setores marginalizados das sociedades latino-americanas. A inevitabilidade histórica se torna mais aceitável quando se a percebe como destino natural; a necessidade se converte em virtude, e até se tira doçura do fatídico limão da vida (Martín-Baró, *ibidem*, p. 88).

O pobre é considerado um problema, é culpado, é o único responsável por seus atos de violência, doença, transtorno ou submissão. “Ele é um marginal, um “qualquer”, ele é louco, é responsável por sua pobreza, por sua loucura, deve ser tratado por esse pecado num lugar frio e descaracterizado de humanidade, segregado, com drogas, choques, camisas-de-força, confinamento e rejeição social!”. Essa é a regra reinante nas entrelinhas dos

discursos das elites dominantes e de seus representantes profissionais. No caso da loucura, esta é diagnosticada e o pobre ganha um “título”, muitas vezes para toda a vida; é numerado com a máxima eficiência, ganha um perfil, uma etiqueta. Assim, é transformado em louco e passa a se chamar “paciente”, isto é, aquele que é passivo, conformado, resignado, coitadinho. Daí para frente perde seu próprio rumo e passa a ser um código manipulado em muitas e muitas filas de espera por boa parte dos agentes públicos e profissionais de saúde, que atuam para reforçar a ideologia de submissão e resignação, e a identidade de oprimido e explorado do usuário.

O contexto do pobre, sua cultura, suas raízes, seus costumes, seus símbolos, mitos e crenças, sua casa, seu bairro, seus valores e sonhos são desqualificados e substituídos pela “cultura de tratamento”, caracterizada principalmente pela frieza das relações, pelo distanciamento profissional, pela descaracterização do usuário(a) como pessoa e cidadão, pela arrogância profissional e de classe, pela competição entre profissionais, pela ausência de acolhimento, pela falta de recursos e por um lugar onde o espaço e o tempo muitas vezes desaparecem. É nessa “cultura de tratamento” que o usuário vai ser “tratado” e “reabilitado”. Negando ou desqualificando o pobre como cidadão, o que se perpetua é o controle e o aniquilamento de sua singularidade, o reforço da identidade de oprimido e explorado e a dependência dos profissionais de saúde e outros.

Estudando o tema da desigualdade nas ações de saúde, Hollingshead & Redlich (1958) categorizaram cinco classes sociais, tomando por base a situação econômica e profissional, e as relacionaram com a prevalência do transtorno mental (Quadro 3) e o tipo de tratamento que recebem (Quadro 4). Eis os resultados:

Quadro 3. Prevalência do Transtorno Mental

<i>Classe social</i>	<i>Neurose</i>	<i>Psicose</i>
1. Fortuna herdada	52,6	47,4
2. Fortuna adquirida	67,2	32,8
3. Qualificado	44,2	55,8
4. Semiquificado	23,1	76,9
5. Não qualificado	08,4	91,6



No quadro anterior temos a psicose como o transtorno mental mais comum dos trabalhadores semiqualeificados e não qualificados, ao contrário dos que têm maior *status* social, no qual a prevalência é de neurose. Podemos dizer que a luta pela sobrevivência em um difícil ambiente sociopsicológico acarreta ao pobre desgaste emocional e mental muito grande, desde pequeno, já que as oportunidades são poucas para que possa sair desse beco quase sem saída em que vive. Há uma quase ruptura entre as necessidades do indivíduo e a disponibilidade social para atendê-las.

A “opção”, muitas vezes, é sair da realidade comum do dia-a-dia e buscar outras formas de satisfação nem sempre favoráveis a integridade do indivíduo, como a fé mágica, a violência, o alcoolismo, a droga e a loucura.

Fica evidente no quadro anterior que a origem social da loucura não pode ser negada ou desconsiderada no processo de construção da saúde/doença.

No Quadro 4, adiante, pode-se ver a negação ou desqualificação do indivíduo como cidadão e a presença de um atendimento elitista, em que o maior *status* recebe um tipo diferenciado de atendimento em saúde mental, ao contrário do menor *status* que recebe outro tipo de atendimento ou não recebe nenhum. É o *status* social e o dinheiro determinando o atendimento preferencial, diferente do que é oferecido aos que não têm recursos. Prática contrária ao pensamento de Che Guevara mencionado antes.

Quadro 4. Tipo de Tratamento

<i>Classe social</i>	<i>Psicoterapia</i>	<i>Terapia orgânica</i>	<i>Sem tratamento</i>
1. Fortuna herdada	73,7	10,5	15,8
2. Fortuna adquirida	81,7	11,4	06,9
3. Qualificado	52,7	28,7	18,6
4. Semiqualeificado	31,3	37,1	31,8
5. Não qualificado	16,1	32,7	51,2

Em seus estudos, Hollingshead & Redlich (ibidem) concluíram também que: há escassez de recursos de saúde mental para a população pobre; os recursos existentes estão desigualmente



distribuídos; os métodos de tratamento são de longa duração e individuais, muito tempo em uma só pessoa levando, ainda, a mais escassez de recursos; e os resultados com os métodos tradicionais são poucos ou nada efetivos.

Será que no Brasil de hoje encontraremos dados parecidos aos desse estudo publicado em 1958 nos Estados Unidos? Não dispomos de dados a respeito, mas a nossa experiência nos leva a dizer que, possivelmente, encontraremos a mesma situação ou pior, notadamente quando tratamos das questões de saúde no Nordeste e na periferia do Brasil.

Pesquisa de Ángeles Durán (1983), realizada na Espanha, mostra que as desigualdades sociais acabam por refletir-se na esfera da saúde e demonstra a gravidade social da questão nos seguintes aspectos: distinto conhecimento e atitudes em relação à saúde e seu cuidado; distinto risco de adoecer e distinto grau de risco de contrair doenças específicas; distinto grau de acesso aos serviços médicos e distinto grau de eficácia em sua utilização; distinto tratamento em caso de adoecer; distintas probabilidades de se curar; distintas probabilidades de obter plena reabilitação e reinserção social; e distintas probabilidades de morrer antes da idade média de vida.

Outros estudos recentes, mencionados por Sapolsky (2006), mostram também que o estresse sociopsicológico decorrente da pobreza exerce grave influência sobre a saúde da população pobre.

Quando se examina o status socioeconômico (SSE), que inclui renda, ocupação, educação e condições de habitação, fica claro que, a partir da camada mais rica da sociedade, a cada posição que se desce há uma correlação com saúde mais deficiente (p. 75).

Rudolf Virchow, neurocientista, médico e ativista político alemão do século XIX (apud Sapolsky, *ibidem*, p. 75), disse “que a propagação de doenças tem muito que ver com condições de vida precária, e que os detentores do poder têm imensos recursos para subjugar os menos favorecidos”. Como médico, enfatizava que “os médicos são os advogados naturais dos pobres”. É importante



que os médicos e outros profissionais de saúde tomem consciência disso.

A pobreza vista e compreendida por Virchow continua presente de modo grave. Podemos ver, por exemplo, em Fortaleza, que os reflexos das desigualdades sociais são bastante visíveis na saúde da maioria de sua população. A cidade tem 2.383.082 de habitantes (IBGE, 2005) e uma grande maioria vivendo sem os recursos básicos, como alimentação, emprego, moradia, saúde, escola, água, esgoto, luz e segurança, assim como vivendo desrespeitada, desvalorizada e humilhada. Tais condições geram problemas de diversas ordens, como desagregação familiar, doenças físicas, alcoolismo, toxicomania, violência, sofrimento, transtornos mentais, conflitos de vizinhança e alienação individual, familiar e social. Esses problemas, também, mantêm o círculo vicioso entre a pobreza/miséria e a desorganização (eco-sócio-orgânico-psicológica) da vida coletiva no lugar de moradia, em geral, a periferia da cidade.

Falar dessa situação de vida da população pobre não significa olhar o oprimido ou a situação em que vive somente numa perspectiva negativa, incapacitando o morador e a nós mesmos diante dessa realidade desumanizadora. Não podemos olhá-lo unicamente assim, mesmo para o que se tornou doente grave ou que já perdeu a esperança e leva a vida com fatalismo, naturalizando sua existência negada. A consciência, a vontade de participar, a sensibilidade, a luta, o amor e o potencial de vida não malogram por completo, em nenhum ser humano vivo, nem no sofrimento nem na loucura, em nenhuma doença física/mental, como se nota na fala de um morador do município cearense de Maracanaú e usuário do Caps dali: “É preciso ver que por trás da nossa timidez, inibição, da doença, há uma pessoa que tem um dom, um talento”. Terminada sua fala, apresentou ao público presente uma bela escultura que mostrava uma pequena árvore com pássaros pousados em seus galhos. As monografias de Barbosa Nepomuceno (2006) e Chaves (2006) tratam dessa questão de modo muito evidente.

Não bastam as penitenciárias, os medicamentos, os antibióticos ou os benzodiazepínicos, nem tampouco “estender” ao



oprimido paradigmas tradicionais de saúde, como o biomédico e/ou psicológico, de atendimento médico ou de psicoterapia individual, construídos nas classes favorecidas da Europa e dos Estados Unidos e aplicados aqui nas classes média e alta. É preciso agir, também, de outros modos, a partir de outros olhares que possam fortalecer o autocuidado, o valor pessoal e o poder pessoal dos moradores da periferia de Fortaleza, que possam transformar a identidade de oprimido e explorado em identidade saudável de cidadão, que possam realmente romper com a ideologia de submissão e resignação, com a situação de vulnerabilidade social e risco e, por conseguinte, com o estresse continuado da população pobre.

Que possamos contribuir, de fato, para a transformação da cultura da pobreza em um modo de vida saudável e cidadão, uma cultura de vida e cidadania-biocêntrica. Para isso, não devemos nos esquecer, estar sempre atento, antes de tudo, ao potencial de vida e desenvolvimento existente no indivíduo, na família e na comunidade.

Estresse continuado

Segundo Caplan (1979), o estresse apresenta-se como um desequilíbrio entre demandas externas feitas ao indivíduo, demandas feitas por ele mesmo e sua capacidade de respostas a essas demandas com o fim de atendê-las. Isso gera um estado de tensão emocional que, de forma continuada, pode levar a prejudicar seriamente o indivíduo em sua integralidade. De outro modo, o estresse significa um conjunto de mudanças físicas, emocionais e subjetivas experimentadas como resposta à percepção de um desafio ou ameaça.

Além do papel que as emoções básicas de raiva e medo — e os sentimentos negativos derivados delas — desempenham no estresse, também a consciência que se tem da situação de desafio ou de ameaça influi sobremaneira no maior ou menor grau de estresse diante da situação vivida e na capacidade do indivíduo de enfrentar o estresse e a própria situação geradora (estressores sociopsicológicos).



O estresse é uma condição facilitadora e potencializadora do organismo para a ação (combate e defesa), seja esta uma ação de adaptação ou uma ação de transformação do entorno físico-social (trabalho). Porém, quando o estresse se apresenta de modo continuado, crônico, passa a ser altamente prejudicial ao organismo, passa a gerar doenças e problemas psicológicos e sociais. Segundo Neistadt (1998, p. 592):

As demandas fisiológicas constantes do estresse crônico são relacionadas com muitas enfermidades e transtornos. Um estado contínuo de alerta relacionado com o estresse pode produzir uma diminuição dos neurotransmissores utilizados para registrar e armazenar nova informação, o que torna difícil a aprendizagem. A pressão arterial constantemente elevada pode conduzir a hipertensão, que constitui um fator de risco para o acidente cerebrovascular. A tensão muscular elevada pode provocar cefaléias e dor dorsal baixa. As mudanças na circulação podem agravar a cardiopatia, a enfermidade de Raynaud e a diabetes; as mudanças no processo digestivo podem produzir úlceras (Miller et al., 1982). Algumas pessoas experimentam fibrilação ventricular em resposta a situações estressantes de conflito interpessoal, separação marital ou ameaça dela, dor, fracasso nos negócios e humilhação pública (Reich, DeSilva, Lowin & Murawski, 1981). A fibrilação ventricular sem tratamento pode conduzir a insuficiência cardíaca e morte em alguns minutos. O estresse crônico também pode diminuir o funcionamento do sistema imune, aumentando a vulnerabilidade à enfermidade e afetando a recuperação (Farbe, 1989).

Tudo indica que o estresse continuado ou crônico, em qualquer classe social, leva também ao enfraquecimento das relações sociais e familiares positivas, e no indivíduo leva ao enfraquecimento celular e dos órgãos, além da desorganização da atividade cerebral e psíquica, pois o fator central do estresse negativo é um estado emocional desorganizador das funções e atividades do organismo.



Segundo Mason, Levine & Weiss, apud Sapolsky (2003), quando o indivíduo não encontra saída para sua situação de frustração, não tem um sentido de controle da situação, não vê possibilidade de melhora ou não encontra apoio social, a tendência é a acentuação do estresse e a vigilância permanente, que levam num primeiro momento a estados de ansiedade e num segundo momento ao sentimento de desamparo, à depressão e ao enfraquecimento das defesas imunológicas.

Numa situação como essa, a pessoa pode sentir-se incapaz, mesmo tendo condições de atuar e controlar a situação por sua participação efetiva. Ela não acredita que pode mudar a realidade em que vive, ou pelo menos reduzir seus efeitos nocivos à sua vida. Por outro lado, por exemplo, de acordo com Sapolsky (ibidem, p. 80), “uma pessoa se tornará menos hipertensa quando exposta a um barulho alto e doloroso se ela acreditar que pode pressionar um botão, a qualquer momento, para diminuir o volume; ela tem um sentido de controle”. Todavia, o sentido de controle, a crença que as coisas podem melhorar e o apoio social não são comuns na população pobre. O caminho, por conseguinte, é a exacerbação do estresse sociopsicológico e a supergeneralização do estado de tensão e vigilância.

Na literatura em saúde podemos ver que as condições sociopsicológicas mais favoráveis a gerar estresse continuado nos indivíduos são as seguintes: eles sentem-se impotentes para controlar os estressores; julgam que não podem prever a duração e intensidade dos agentes estressores; têm pouca possibilidade de escapar da frustração causada pela situação de não-realização; percebem o estresse como indicador de que a situação de vida está piorando; e não têm suporte social para enfrentar o estresse.

Do ponto de vista cerebral, as situações diárias e constantes de esforço, competição ou violência social levam, por reconhecimento (cortical) da ameaça presente nessas situações, à geração de sinais emocionais pela amígdala (Kandel et al., 2003) e estria terminal que são enviados ao *locus caeruleus* e hipotálamo. A ansiedade, a agressão e o medo constantes sobrecarregam o cérebro e o corpo, caracterizando um estado permanente de tensão emocional desorganizadora. Os sinais emocionais da amígdala



e do *locus caeruleus* levam à indução incessante por via hipotalâmica do aumento de CRH (hormônio liberador de corticotropina), estimulante que desencadeia a reação do estresse. Esse hormônio é produzido no núcleo paraventricular do hipotálamo e foi descoberto em 1981 por Wylie Vale e colegas do Instituto Salk de Estudos Biológicos, San Diego. Ele atua no organismo tanto pela via do braço longo, eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, como pela via do braço curto, por meio da ação sobre o *locus caeruleus*, uma pequena área no tronco encefálico “que funciona como um tipo de circuito elétrico neural ligando as áreas cerebrais produtoras de CRH ao sistema nervoso vegetativo, responsável por processos fisiológicos como respiração, pressão sanguínea, digestão e outros” (Englert, 2006, p. 81).

Segundo Englert, biólogo alemão (ibidem, p. 80), o “estresse crônico deixa as pessoas doentes”. Esse autor diz, também, que “muitos órgãos de nosso corpo são atingidos por uma descarga implacável de sinais de alarme que podem danificá-los e prejudicar a saúde”. Essa “descarga implacável” do estresse negativo (continuado) é uma resposta geral do organismo humano a “um processo em que forças ou acontecimentos ambientais, sociais e psicológicos, denominados de estressores, ameaçam a existência e bem-estar do indivíduo” (Sánchez Vidal, 1991, p. 153). O estrago se dá pela continuidade da descarga e não por ela mesma que, em situações específicas, é extremamente necessária para a proteção do organismo.

Os agentes estressores não se encontram isolados de um processo mais complexo da vida social, mas sim representam algo extremamente importante desse complexo que devemos considerar tanto na análise do cotidiano da sociedade como na análise das relações de dominação e exploração de uma classe sobre a outra dessa mesma sociedade.

Por isso entendemos que um dos principais resultados negativos do complexo eco-sócio-orgânico-psicológico de construção da saúde/doença numa sociedade marcadamente de classes, historicamente escravocrata como a nossa, é o estado permanente de estresse do pobre, ou estresse da pobreza, o qual surge do enorme esforço para sobreviver no cotidiano e garantir o dia-a-dia, es-



forço cuja conseqüência é pouco positiva ou nada favorável a ele.

Reconhecemos a presença do estresse no conjunto da sociedade, porém este se apresenta de modo característico na população pobre, especialmente pelo fato de ela não se perceber com possibilidade de transformar a sua situação de vida.

Pesquisa da American Academy of Family Physician (2007) revela que, aproximadamente, dois terços dos pacientes que procuram um médico de família o fazem por doenças ou queixas relacionadas ao estresse.

Segundo Sánchez Vidal (ibidem), os estressores psicossociais (sociopsicológicos) que estão fortemente relacionados com o aparecimento na população de diversos tipos de transtornos mentais são: o nível socioeconômico baixo e a desorganização social. Estão eles continuamente associados aos eventos estressores específicos, como morte do cônjuge, separação matrimonial, encarceramento, morte de familiar ou pessoa muito próxima, violência social, desemprego ou demissão do trabalho, aposentadoria, falta de condições de saneamento, entre outros.

Torregrosa et al. (1992) enfatiza a origem social da saúde mental e descreve como principais estressores a classe social, o gênero e a situação de trabalho, citando para reforçar seus argumentos estudos realizados a respeito desde o clássico de Faris & Dunham em 1939 a outros, como o de Garrido Luque (1992), Marsh & Álvaro (1990), Repetti & Crosby (1984), Liem & Liem (1984), Dohrenwend (1981), Kessler (1979) e Myers (1974).

No pobre o estresse negativo (estresse da pobreza), em geral, origina-se na combinação da situação de vulnerabilidade social e risco com a identidade de oprimido e explorado, geradas e mantidas pela ideologia de submissão e resignação. Cria-se aí um circuito de reforço mútuo entre ideologia, vulnerabilidade, identidade fragilizada e estresse continuado, cuja conseqüência é mais dominação, exploração, violência, submissão, sofrimento, fragilidade orgânica, situações de crise, doenças físicas, transtornos mentais e morte.

Não podemos buscar, em todas as classes sociais, a mesma explicação para os problemas mencionados acima. Aparentemente são os mesmos, como violência, ansiedade, depressão,



alcoolismo, drogas, dependência a medicamentos e, muitas vezes, mau funcionamento dos órgãos, como coração, rins, estômago, sistema reprodutivo, músculos, metabolismo da glicose e o ciclo sono-vigília, para destacar os mais evidentes. Mas é diferente no pobre a dinâmica do complexo de construção da saúde/doença, pois esta se realiza mediante a ideologia de submissão e resignação e a identidade de oprimido e explorado, situação não encontrada nas classes média e alta. O processo de construção da saúde/doença nas outras classes sociais segue uma outra configuração socioideológica, distinta da ideologia de submissão e resignação, apesar de estarem esses processos de construção submetidos à ideologia geral da sociedade.

Tomemos como exemplo o indivíduo estressado e vulnerável que contrai hanseníase. Esta é considerada uma doença de pobre, porém qualquer pessoa pode contraí-la, apesar de ela ser muito mais freqüente entre os pobres. Parece que tudo é igual, mas a hanseníase no oprimido tem processo diferente, desde o momento da contaminação do indivíduo até seu tratamento e inserção social. É mais fácil o pobre contrair a doença que o rico, em face da diferença (estado de estresse, resistência imunológica, alimentação, educação, hábitos de higiene, saneamento etc.) de sua capacidade de resistir a ela. O rico tem maior possibilidade de um diagnóstico precoce e de tratamento mais rápido e eficaz, portanto, menor possibilidade de ter seqüelas físicas e sociais. O rico, quando contrai hanseníase, é comum o seu meio social não saber do fato, ao contrário do pobre, pois, quando este contrai a enfermidade, provavelmente ela se torne crônica e leve a graves seqüelas no indivíduo, prejudicando-o profissional e socialmente. Sua condição de alta vulnerabilidade facilita a contaminação e atrapalha a detecção precoce da doença, além de seu tratamento, recuperação e reabilitação social.

Outro exemplo é a ansiedade, um tipo de transtorno freqüente em atenção primária, como a depressão (é comum andarem juntos, segundo Guerrerio, 2005). No rico a ansiedade está relacionada com questões de busca de *status* social, poder e problemas psicológicos familiares; no pobre, em geral, está ligada às questões imediatas de sobrevivência com história de pouca ou nenhuma solu-



ção, tais como a fome, a violência iminente, a desorganização familiar, o desemprego ou o péssimo salário em uma dura jornada de trabalho.

Aqui vemos dois exemplos marcando a diferença de classe no processo de uma mesma doença ou transtorno psíquico. No caso da tuberculose, dst, alcoolismo, hipertensão, diabetes, depressão e outros quadros graves a situação é a mesma. Daí a necessidade de ser examinado a fundo o complexo eco-sócio-orgânico-psicológico de construção da saúde/doença na classe oprimida, para que possamos atuar com maior resolubilidade em saúde na população pobre, quer dizer, na atenção primária.

É comum falar de doenças da pobreza, como a tuberculose, a sífilis, a hanseníase e outras, como também falar dos problemas sociais da periferia de Fortaleza, como o analfabetismo, o desemprego, a diminuição da expectativa de vida dos jovens, a gravidez precoce, as drogas, o abandono, o transtorno mental, o trabalho infantil, a prostituição, o alcoolismo, a violência social e a violência doméstica. Fala-se muito dessas doenças, transtornos e problemas, entretanto, lidar com eles com a radicalidade necessária só agora começamos a vislumbrar por um caminho de compromisso social e resolubilidade maior. Já sabemos o que está por trás desse quadro tão grave — uma sociedade de classes marcadamente perversa, arrogante, depredadora e extremamente desigual. Esse é o ponto de partida para encontrar formas de atuação na atenção primária em saúde, razão deste livro.

Diante disso é possível dizer que o estresse crônico da população pobre, ou estresse da pobreza, se origina na relação destrutiva de uma classe hegemônica sobre a outra, na relação destrutiva entre o meio social marcado pela ideologia de submissão e resignação e o indivíduo pobre em sua identidade de oprimido e explorado.

Enfrentar o estresse da pobreza (distresse) e sua fonte maior é o ponto de partida para o morador fortalecer o complexo de construção de sua saúde. Portanto, o enfrentamento dos fatores estressores e do próprio distresse, mediante ações comunitárias, familiares e individuais, passa a ser o centro da nossa preocupação em Saúde Comunitária. Quer dizer, aumentar a capacidade



de enfrentamento individual, familiar e comunitário do estresse do cotidiano e da ideologia de submissão e resignação.

Como reduzir os agentes estressores que atuam sobre a população pobre? Como contribuir para o aumento de sua capacidade para enfrentá-los? Uma ação não se separa da outra, são ações integradas abrangendo desde a esfera da atuação política, da participação e mobilização comunitárias, da conscientização, até a esfera da ação grupal e individual sobre a doença/transtorno mental.

Uma linha de ação para reduzir o estado de estresse deve combater (diminuir ou eliminar) os estressores sociopsicológicos, disponibilizar programas de fortalecimento e enfrentamento para as pessoas submetidas a ele e ações voltadas para reverter, limitar ou minimizar as conseqüências sociais, orgânicas e psicológicas do estresse nos indivíduos, grupos e comunidades afetados por ele.

Não pretendemos com essa argumentação superficializar os cuidados em saúde, nem negar o acúmulo de conhecimentos na área, mas sim mostrar o papel do estresse crônico e o sofrimento do cotidiano no processo de construção da doença/transtorno e focalizar um caminho de atuação em atenção primária nessa direção. Torna-se claro, também, que por trás do adoecer temos a ideologia de submissão e resignação gerando doenças, problemas sociais, transtornos mentais e identidades em crise; gerando e mantendo uma contínua situação de vulnerabilidade social e risco e estresse continuado na comunidade, nas famílias e nos próprios indivíduos. Fica evidente nessas três esferas de atuação do estresse crônico, um estado permanente de vigilância, desamparo, ameaça, incerteza e sofrimento.

É importante frisar que a situação de vulnerabilidade social e risco é expressão de uma classe hegemônica sobrepondo-se à democracia em nosso país, de uma destrutiva modalidade ideológica, a ideologia de submissão e resignação, a qual se mantém pelo reforçamento da identidade de oprimido e explorado, e pela ausência, limitação ou incompetência da estrutura de serviços públicos ou de apoio formal, ou melhor, da ausência ou fragilidade das políticas públicas nas áreas pobres da zona urbana e da zona rural do Brasil.

Quando falamos do ponto de vista sociopsicológico sobre o estresse continuado na população pobre, é importante que ex-



plicitemos um pouco as três principais formas de manifestação desse estresse negativo, distresse ou estresse da pobreza (na comunidade, na família e no indivíduo).

DISTRESSE DA COMUNIDADE

Está associado a uma situação diária de luta e fracasso coletivo, obtenção de poucos resultados, violência, desrespeito institucional, desemprego geral, cansaço coletivo, descrença e frustração, perda do sentido de comunidade e da crença de que as coisas podem melhorar para os moradores, além da desorganização social, considerada por Góis (1984) como desorganização sociopsicológica do lugar ou por Musitu Ochoa et al. (1996) como “Barrio deprimido”.

Estudos realizados desde a década de 1930 (Escola de Chicago) mostram a estreita relação entre desorganização social dos bairros pobres e transtorno mental (Sánchez Vidal, 1991).

DISTRESSE FAMILIAR

A família encontra-se desamparada, muitas vezes desagregada, ou mesmo em deterioração sociopsicológica, transitando comumente entre necessidades materiais não atendidas, enfermidades físicas, medo, alcoolismo, violência e falta de perspectiva. A família encontra-se em uma séria situação de estresse continuado. Como essa dinâmica familiar influenciará na formação e desenvolvimento de cada indivíduo na periferia de Fortaleza?

Dentre os tipos de família existentes na periferia, encontramos um tipo muito comum: um pai pouco presente ou ausente que ganha muito pouco ou está desempregado, que faz “bicos”, que muitas vezes é alcoólatra e que tem baixa escolaridade; e uma mãe que, também, tem baixa escolaridade, que trabalha como faxineira, empregada doméstica, faz pequenos serviços ou não trabalha. Têm cinco filhos(as) em escada e pequenos, moram num barraco de dois cômodos, numa rua perigosa, enlameada, sem esgotos e, muitas vezes, sem água potável.

Como cada um vive a situação de opressão e exploração social? Como é viver numa situação de vulnerabilidade social e risco? Como se darão as relações de casal e familiar? Como cada filho(a) expressará essa opressão e exploração?



O que vemos comumente é uma família desorganizada, humilde, estressada, adoecida e tensa no seu cotidiano. Uma família preocupada diariamente em sobreviver, carregada de tensão produzida por exaustiva luta diária para se proteger e obter o alimento do dia seguinte, defender-se das injustiças sociais, dos preconceitos e outras formas de violência social que humilham e condicionam perversamente o indivíduo pobre a uma situação de descrença e impotência com relação a seu futuro.

DISTRESSE INDIVIDUAL

Cada morador vive diferenciadamente o estresse familiar e comunitário, e a situação de vulnerabilidade social e risco. Alguns apresentam maior capacidade de enfrentamento ao estresse sociopsicológico, ao passo que outros sucumbem com maior facilidade. Porém, de algum modo, todos os membros de uma família tendem a uma situação de enfraquecimento da própria identidade pessoal, a qual, muitas vezes, segue o curso das drogas e do álcool, da violência, da acomodação e apatia, do servilismo, da fé alienada, da gravidez precoce, das crises ou da loucura. Aceita-se o sofrimento e o sentimento de desamparo como vontade divina, como algo natural.

A diminuição da capacidade do indivíduo de entender (consciência crítica) e de enfrentar (valor pessoal e poder pessoal) a ideologia de submissão e resignação, a situação de vulnerabilidade social e risco, o estresse sociopsicológico e a própria identidade de oprimido e explorado, pode revelar-se por meio de três esferas de manifestação no próprio indivíduo (fatalismo/sofrimento do cotidiano, situação de fragilidade/crise e doença grave/transtorno mental). Cada esfera ou dimensão expressa um quadro diferenciado de bloqueio, dissociação ou desorganização orgânicas, psicológicas e sociais, dificultando ou impedindo o indivíduo de cuidar de si mesmo, dos outros e da comunidade em que vive.

O distresse individual, portanto, resulta do esforço despendido pelo morador da periferia para superar as dificuldades que enfrenta e do pouco ou nenhum sucesso para escapar da pobreza e de suas conseqüências no dia-a-dia. Provoca uma ruptura



lenta e progressiva da homeostase, tanto na esfera do orgânico como nas esferas do psíquico e do social. Essa ruptura vai-se dando em graus crescentes de perturbação como veremos a seguir:

Fatalismo/Sofrimento do Cotidiano — a primeira expressão trata da naturalização da pobreza e da dependência, aceitação do destino e inevitabilidade da realidade que se vive. A segunda expressão foi cunhada em 2005 por Osanira Pontes, terapeuta ocupacional da Rede de Saúde Mental (Caps) de Fortaleza, em conversa com o autor, e caracteriza um estado permanente de sofrimento e estresse como resposta às exigências imediatas de sobrevivência do morador da periferia. Consideramos que o sofrimento do cotidiano surge, também, da situação de vulnerabilidade social e risco, da cultura da pobreza e do estresse familiar a que é submetido o indivíduo. Constitui terreno fértil para o aparecimento de crises, doenças e transtornos mentais.

O sofrimento do cotidiano está relacionado com: baixa obtenção de resultados positivos no dia-a-dia, bloqueio da expressão pessoal, aumento da tensão interna, queda das defesas imunológicas e dissociações iniciais que ainda não comprometem a existência, mas já causam muito sofrimento, ansiedade e enfermidades físicas de certa gravidade.

Nessa fase, as políticas de inclusão socioproductiva, combinadas às atividades grupais de expressão e crescimento pessoal, podem exercer um papel central no fortalecimento da identidade saudável do indivíduo pobre e na redução do estresse continuado ou crônico, conseqüentemente, na diminuição do sofrimento do cotidiano.

Situação de Fragilidade/Crise — origina-se na obtenção mínima de resultados positivos no dia-a-dia e caracteriza-se por fragilidade imunológica, disfunções (dissociações) corporais, orgânicas, emocionais, mentais e sociais, que já começam a comprometer a existência. Há queda acentuada da resistência e o início da exaustão do indivíduo ante a situação de vida (pessoal, familiar, social e profissional) a que está submetido. Nessa situação de fragilidade/crise, o indivíduo continua ativo, realizando suas atividades do dia-a-dia, porém sentindo e percebendo seu adoecer, vendo que o chão está cedendo sob seus pés. Tenta e



não consegue deter por conta própria essa queda iminente. Aqui se torna óbvia a necessidade de atuação rápida da equipe de saúde da família, dos agentes comunitários de saúde, da equipe do Cras/Raiz de Cidadania e da ação sociopsicológica em grupo. Fica evidente a urgência do atendimento, seja na Ubasf, Cras, Raiz, Tendas Comunitárias ou outros espaços adequados da comunidade.

Doença Grave/Transtorno Mental — estado de grave fragilidade que, sob certos aspectos, pode ser compreendido como uma tentativa de autoproteção que fracassa. Surgem desorganizações corporais, orgânicas, emocionais, mentais e sociais, além do empobrecimento geral da atividade do indivíduo, comprometendo gravemente a sua existência saudável e autônoma. Afeta seriamente o meio familiar e social do morador que se encontra nessa situação de gravidade.

Nesse momento temos a exaustão, uma penúltima “saída” para o indivíduo manter-se vivendo. A última saída é a existência crônica malograda, a morte por assassinato ou suicídio, ou a morte por ruptura irreversível da homeostase do organismo. É prioridade e obrigação das políticas de saúde evitar o máximo possível que o indivíduo chegue a essa grave situação de fracasso, sofrimento, transtorno, morbidez e morte. Se chegar, então, atendê-lo prontamente com tudo o que for necessário, como se faz com os ricos.

Capacidade de enfrentar o estresse do cotidiano

Muitos são os apelos para se viver bem, buscar melhor qualidade de vida, estilos de viver mais saudáveis. Em contraposição, a organização atual da vida social e a roda-viva do processo produtivo da sociedade exigem de todos nós mais esforço, mais tempo, mais velocidade, mais *status* e mais consumo. O que fazer diante de tanta exigência, de tanta pressão sociopsicológica? Como lidar com o estresse negativo advindo desse modo de vida tenso, competitivo e desigual?

O estresse é uma realidade (natural e social) própria do mundo antigo e atual, e mesmo do próprio mundo animal. Hoje,



acentuar seus benefícios (eustresse) e diminuir ou eliminar seus malefícios (distresse) torna-se exigência primeira na discussão sobre saúde coletiva. Lidar com o estresse mediante práticas saudáveis de vida hoje é imperativo para a saúde, longevidade e bem-estar social e humano.

A alimentação, a atividade física, a meditação, o relaxamento, a massagem, a acupuntura, a psicoterapia, os grupos de crescimento pessoal, o autoconhecimento, a educação em saúde, as novas tecnologias médicas, os novos medicamentos, a expressão de sentimentos positivos, o trabalho em ambiente adequado, a jornada reduzida de trabalho, o lazer e, mesmo, os esportes radicais, fazem parte da nova cultura do viver saudável. Todo dia surge rica e variada gama de informações a respeito, muitas vezes deixando as pessoas confusas sobre o que é e o que não é válido nesses diversos campos de informação e práticas de saúde. Revistas especializadas, noticiários e palestrantes apontam caminhos e mostram resultados de pesquisas, às vezes contraditórios.

Entretanto, quando analisamos as estatísticas sobre o viver saudável, a expectativa de vida e a mortalidade infantil, o que vemos nos deixa satisfeitos por um lado e preocupados por outro. É um fato que progredimos na saúde, na longevidade e na qualidade de vida; é um fato também que os dados são bastante diferenciados no tocante às classes sociais. Eles assinalam que, de modo geral, o aumento da expectativa de vida e o controle de muitas doenças são incontestáveis, porém há algo que chama a atenção — os dados mostram que esses indicadores de qualidade de vida e saúde decaem na direção da classe oprimida, variam em função da classe social que se toma como referência de análise (Sapolsky, 2006).

As classes alta e média têm condições e opções para lidar com o estresse, os recursos sociais à disposição são variados — atendimento profissionalizado, vida social, acesso à informação e opções de lazer. Têm, em geral, planos de saúde e garantia de boa alimentação, e mais moradia e urbanização, tempo livre, remuneração razoável e conhecimentos sobre saúde. Mas a classe pobre não vive com tal leque de facilidades, mas de outro modo, com poucas condições e opções para enfrentar o estresse do



cotidiano. Mesmo assim a periferia resiste, luta em meio às dificuldades para ter melhor qualidade de vida. Faz festa, cria músicas e danças, faz arte, busca trabalho e renda, vai ao posto de saúde, vai à escola pública, vai à igreja e aos cultos, assiste televisão, joga futebol, toma cachaça e cerveja, migra em busca de um lugar melhor para viver, vai à praia, cria suas associações, faz abaixo-assinado, reivindica melhorias e tanto mais.

Assim, a classe pobre enfrenta o estresse do seu cotidiano, tenta sobreviver, mas não consegue romper de forma coletiva com as condições de vida impostas por uma sociedade de classes. Isso significa que o oprimido não consegue deter o controle da situação negativa do cotidiano a que é submetido nem construir satisfatoriamente uma percepção individual e coletiva de que as coisas vão melhorar em sua vida. Há descrença e frustração sem elaboração pessoal e coletiva.

A classe oprimida, em geral, sabe do que necessita, sabe da importância da união das pessoas, o que não tem é consciência de sua possibilidade e capacidade de organização coletiva para lutar contra tal situação de vida e por um futuro melhor. Encontra-se limitada, parcializada numa identidade de oprimido e explorado, submersa na cultura da pobreza. Poucos são os moradores que têm consciência crítica (Góis, 2005), pois uma das características da identidade de oprimido e explorado é a descrença não só de que as coisas podem melhorar pela luta deles mesmos, mas também que eles juntos são capazes de realizar mudanças em favor da coletividade, capazes de dar novo sentido a suas vidas. A saída é a dependência, o desespero ou a luta individual, que se traduzem como estado solitário de tensão e vigilância diária e sentimento individualizado de humilhação e desamparo generalizado entre os moradores. Por aí se enfraquecem o valor pessoal e o poder pessoal, a práxis coletiva, além da perda do sentido individual e coletivo de futuro.

O caminho de enfrentamento do estresse sociopsicológico continuado na classe oprimida, na perspectiva da Saúde Comunitária, reside num leque de ações interligadas que passam pelas dimensões da cultura, saúde, educação, trabalho, segurança, habitação, urbanização e lazer, como por atividades voltadas espe-



cificamente para a eliminação, redução ou controle da doença/transtorno, a convivência social e familiar, a solidariedade, o valor pessoal e o poder pessoal, a participação comunitária, a prática cidadã e o controle social e político da ação governamental. Parece utopia, mas são condições necessárias a uma vida saudável e digna de qualquer cidadão de qualquer classe social. Essa é a finalidade das políticas públicas e a obrigação do Estado e da Sociedade para com todos os seus cidadãos, principalmente os mais desfavorecidos ou excluídos da riqueza e dos benefícios sociais.

Na direção da saúde, então, temos as atividades comunitárias, o processo de conscientização, os grupos de crescimento pessoal, a organização comunitária, a formação de lideranças populares, as atividades coletivas de promoção e prevenção em saúde e a atividade de recuperação dos indivíduos com doenças, crises e transtornos.

Por fim, no tocante ao estresse, torna-se claro que o enfrentamento do distresse e, muito mais, a construção do futuro saudável da e pela população pobre do nosso país, alicerçam-se na práxis de vida, libertação e cidadania, em que se torna necessário um sólido e efetivo compromisso social e político, especialmente dos movimentos populares, das universidades e dos profissionais da atenção básica. Que os profissionais de saúde sejam realmente advogados da população pobre, como pretendia Virchow no século XIX. Que os profissionais de saúde sejam realmente agentes de transformação social, adotando para isso e como princípio de ação o célebre pensar de Che Guevara: “Hay que endurecer pero sin perder la ternura jamás”.



PARTE III





Capítulo 5

MÉTODOS E ESTRATÉGIAS



FALAR DE MÉTODOS E ESTRATÉGIAS de facilitação em Saúde Comunitária significa dar ênfase à atuação do profissional no sentido da construção do conhecimento crítico, do desenvolvimento humano, da mudança social e do cuidado ambiental, tendo como lócus da ação a comunidade em seu dia-a-dia e em seu potencial de vida comunitária. É considerar o estudo e a facilitação desse potencial numa base que envolve, prioritariamente, a interação social afetiva, a comunicação significativa, o diálogo-problematizador, a vivência e a ação solidária transformadora, em vez de limitar-se a uma ação unidirecional do especialista ao morador (Barros, 2007). Implica, também, ver que a ação facilitadora é ação de pesquisa e transformação, a partir das próprias condições (atuais e potenciais) de vida e desenvolvimento do morador e de sua comunidade. Daí, compreender e estimular pedagogicamente a expressão do potencial de desenvolvimento existente nos moradores e nas situações-problema da comunidade.

A atuação do profissional de saúde não pode apoiar-se apenas em diagnósticos, ações prescritivas, levantamentos de dados, freqüências e porcentagens, elaboração de tabelas e gráficos ou índices que situam somente uma faceta da realidade a ser compreendida e transformada, necessita, também, ser fundamentada em uma prática de análise qualitativa.



Entende-se, nesse caso, que não há oposição entre o quantitativo e o qualitativo, senão momentos de um contínuo, mesmo sabendo que há uma tensão entre ambos nas ciências humanas e sociais, tanto no campo axiológico e epistemológico, como no campo metodológico da pesquisa e da “intervenção”.

A existência aparente de dois campos opostos dirige-se mais ao terreno ideológico que ao científico (Martín-Baró, 1991), não obstante, há outra discussão que vai além da aparência ideológica por reconhecer a importância do qualitativo e do quantitativo na pesquisa científica e na facilitação social. Leva-nos essa nova discussão a uma abertura axiológica (Martín-Baró, *ibidem*) e a um olhar que considera a existência de distintos tipos de problemas ou objetos exigindo diferentes métodos (Munné, 1995). Fica evidente aqui a compreensão de que as diferenças entre os métodos quantitativos e qualitativos não podem ser consideradas em um plano dicotômico, em campos opostos (Spink, 1994; Serapioni, 2000), pois formam parte de um contínuo metodológico (Latorre, del Rincón & Arnal, 1996).

Por esse prisma, a Saúde Comunitária e o profissional de saúde têm muito que ganhar. Ao integrar o quantitativo com o qualitativo nas ações de saúde, o profissional amplia as condições de apreensão e de facilitação do processo de saúde/doença, podendo assim agir de modo mais condizente com a realidade local e obter melhores resultados com seu trabalho em equipe.

Como o usual na saúde é a análise quantitativa, para contrabalançar e favorecer a integração metodológica, vamos aqui trilhar o caminho da análise qualitativa. Neste capítulo, então, apresentaremos, inicialmente, o método facilitar-pesquisando, isto é, a facilitação e a pesquisa formando um ciclo participativo e permanente de construção do conhecimento, do desenvolvimento humano, da mudança social e do cuidado ambiental, que afeta, simultaneamente, morador e profissional de saúde. A ênfase é o olhar juntos, o compreender juntos e o transformar juntos. A facilitação é, obviamente, participante e gera pesquisa que, por sua vez, é também participante e, como fonte de saber, pressiona por mudança. Mais adiante, descreveremos algumas metodologias qualitativas.



Método facilitar-pesquisando

Iniciaremos esse tópico explicando o motivo da adoção do termo “facilitação”, em vez de “intervenção”. Não queremos excluir o termo “intervenção”, mas optar por uma ação baseada em processos grupais dialógicos e vivenciais, que facilite a comunicação e a interação social e afetiva entre os que estão no campo da ação. Assim, temos a facilitação, uma ação que melhor confirma a comunicação em vez da extensão (Freire, 1993) e a prática democrática de construção do conhecimento crítico, do desenvolvimento humano, da mudança social e do cuidado ambiental. Enfim, uma ação que favorece a conscientização tanto do morador como do próprio facilitador, e mais o compromisso social desse. A facilitação é de mão dupla, sem imposição do especialista sobre o morador. Facilitar é priorizar o processo, o encontro dialógico e afetivo para conhecer e agir, nesse caso, para a construção da saúde pela via da aprendizagem conscientizadora e da ação solidária organizada e transformadora.

Ademais, a pesquisa faz parte da facilitação, por exigência da própria prática facilitadora, do diálogo-problematizador entre profissional e morador.

Com esse esclarecimento, podemos dizer que o método facilitar-pesquisando envolve a pesquisa e as estratégias que articulam o espaço social e institucional da facilitação, possibilitando com isso potencializar o conhecer, o agir e seus resultados. Aqui está presente uma nova maneira de olhar e de fazer, de adotar processos de facilitação e pesquisa que reconheçam a relevância do papel do morador e do movimento de sua consciência, em qualquer situação de saúde/doença que se encontre na comunidade.

Desse modo, quando debatemos sobre o que fazer e o como fazer em Saúde Comunitária, vemos que a opção metodológica é, de fato, o método facilitar-pesquisando, por ele tomar como ponto de partida a realidade local e seus problemas, e se constituir como método participativo, dialógico, problematizador, reflexivo, vivencial e grupal. E mais, nele se vê o morador não apenas do ponto de vista ontológico ou histórico-cultural, mas bem mais adiante, numa



realidade periférica de cortiço e senzala, na perspectiva de um indivíduo que é histórico e socialmente oprimido e explorado, porém, potencialmente capaz de agir coletivamente em favor da mudança positiva da comunidade em que vive e de si mesmo. O método parte da realidade local para a definição conjunta (profissional-morador) do problema a ser superado que, por sua vez, é objeto de conhecimento.

Atuar no contexto de vida da população pobre, vivendo e buscando conhecer criticamente de modo sistemático sua realidade por dentro, além de fortalecer e criar relações culturais, sociais, econômicas e psicológicas saudáveis, facilitando o esforço de organização da população e de sua luta contra a opressão e exploração, leva a um entendimento de que essas ações devem fazer parte do campo de atuação do profissional de saúde e de qualquer profissional que trabalhe na perspectiva da Saúde Comunitária como práxis de vida, libertação e cidadania. Atuar dessa maneira significa agir crítica e positivamente sobre o potencial e a capacidade dos moradores de enfrentar a ideologia de submissão e resignação, a situação de vulnerabilidade social e risco, a identidade de oprimido e explorado, e o estresse continuado nas esferas da comunidade, da família e do indivíduo. Quer dizer, facilitar a educação e o fortalecimento da ação coletiva, a presença do poder comunitário nas políticas públicas, a expressão do valor pessoal e do poder pessoal, e o enfraquecimento, portanto, da identidade de oprimido e explorado e da ideologia de submissão e resignação. Em vez de uma identidade negada ou de uma comunidade deprimida, a construção de uma comunidade potencializada pela presença crescente de sujeitos comunitários, que procuram conhecer a realidade onde vivem e atuar criticamente nela.

Esse caminho de facilitação e pesquisa cria condição para participação dos moradores e a mobilização da comunidade, e estimula e apóia a ação dos movimentos comunitários com agendas positivas em saúde, educação, trabalho, cultura, urbanização, moradia, segurança, meio ambiente e pelo futuro do lugar. Provoca maior aproximação e integração ativa entre os órgãos públicos locais e a comunidade.

Contribuir com a construção da saúde da comunidade e de cada um de seus moradores, pelo método facilitar-pesquisando, é dar ênfase aos processos interativos, coletivos e grupais, focan-



do o cuidado ambiental, a mudança social, o desenvolvimento humano e a construção coletiva do conhecimento como constituintes inseparáveis na ação de saúde. Significa agir coletivamente sobre a realidade da comunidade e o movimento da identidade pessoal e social, no próprio processo de construção comunitária de um saber e da saúde individual e coletiva.

O subjacente a essa forma de atuar é a compreensão de que o campo da ação humana é a cultura mergulhada na ecologia e se traduzindo continuamente mediante suas diversas formas de interação socioambiental. Não se pode, em hipótese alguma, buscar compreender e atuar sobre os indivíduos fora de seus contextos culturais e ambientais, nem de suas possibilidades de se construírem mediante interações comunitárias.

O que está no centro da condição humana é o indivíduo em sua relação com o mundo natural e construído, mediada pela criação e uso de ferramentas e a comunicação. Daí se apreende a importância e o papel da interação socioambiental.

Nem toda interação constitui um lugar de vida e desenvolvimento humano e social, pois muitas, como as relações de dominação, são altamente destrutivas para os povos e indivíduos oprimidos e explorados. Forjam os condenados da terra (Fanon, 1979) e estimulam a violência social e a agressão humana. Munné, em seu livro *Interação Social* (1995, p. 41), diz que:

Em toda interação concorrem processos simbólicos como o de comunicação ou o de socialização, pelo qual aprendemos a ser sociais; processos cognitivos, como os de categorização ou classificação dos outros e de nós mesmos dentro de uma ordem de significados que supõem pertencças, ou o de atribuição de causas; de caráter dinâmico, como o de formação de atitudes; e condutual, relativo aos comportamentos pró-sociais como a ajuda e anti-sociais como a agressão. Por último, estão os processos referentes à situação interativa, entre os quais se contam os processos de cooperação e de competição.

Nossa opção é facilitar positivamente a interação social, evidenciá-la como interação comunitária (socioambiental), por esta favorecer nas comunidades processos ativos de vida, libertação e



cidadania. Nela não se separa o ideológico do psicológico, nem o indivíduo da Natureza, da sociedade, de sua cultura e de seu cotidiano local.

A situação de vulnerabilidade social e risco continuamente construída no cotidiano da comunidade e das famílias, como no do próprio indivíduo, requer novas formas de análise da interação e da subjetividade individual e social, como o interacionismo dialético (arcabouço da teoria histórico-cultural da mente), a Psicologia Comunitária e a luta de classes, esta última vista não como instrumento ideológico de uma doutrina, mas como método científico de análise social, extraído da realidade dos países cuja sociedade é organizada em classes e de grande valia para os profissionais da atenção primária em saúde. Segundo Oliveira (1984),

[. . .] a teoria da luta de classes pertence ao discurso analítico, como qualquer teoria sociológica. Ela mostra que nas sociedades de classes (aquelas onde a divisão social do trabalho permite que um grupo se aproprie do produto do trabalho de outro) a ordem social é imposta pela classe dominante; toda sociedade de classes tem, pois, pelo menos, dois grupos com interesses antagônicos: as classes dominantes (que se apropriam do produto do trabalho) e as classes dominadas (aquelas cujo produto é expropriado). Para que uma sociedade de classes continue existindo é preciso que as classes dominantes consigam impor de maneira estável sua dominação. Isto implica que elas recorram não só à violência policial e militar, mas, principalmente, que elas obtenham o consentimento dos dominados à ordem social estabelecida.

Quando aplicamos a teoria da luta de classes — e não a teoria de estratificação e mobilidade social — é porque desejamos conhecer as contradições fundamentais de uma dada sociedade, aquelas que explicam sua estrutura e dinamismo. É ela que nos permite ver a sociedade como rede de relações entre os diversos grupos sociais, cada um com sua força econômica, política, moral e militar, e todas buscando ordenar — a seu modo e conforme seus interesses — o conjunto social. Ao adotar a teoria das classes sociais, optamos por uma análise do conflito, das contradições — que interessa aos



perdedores do jogo social. Se, ao contrário, estaríamos optando por uma análise de equilíbrio, que interessa a quem está ganhando neste jogo (p. 14).

Tomando como referência a luta de classes na perspectiva de uma psicoterapia do oprimido, Loyello (1983) analisa as condições de vida do pobre e sugere a atividade coletiva como base de uma “Psicoterapia Popular”. Vejamos o que ele diz:

É evidente que os esquemas referenciais e as técnicas de verbalização sofisticadas, aplicadas e aplicáveis nas classes média e alta, são inoperantes na maioria da classe pobre. Quando encaramos a psicoterapia popular somos obrigados a reformular e ampliar o conceito da psicoterapia. Necessitaríamos também superar a artificial histórica dicotomia entre prevenção e tratamento, entre os cuidados à saúde e à doença. Não podemos nos limitar ao alívio dos indivíduos isoladamente sem ao mesmo tempo destruir os “fatores de tensão” que constituem, em última análise, as condições patogênicas nas quais vivem as populações pobres. Ou nos conscientizamos dessa exigência ou estaremos nos enganando, voluntária ou involuntariamente. Não é possível pensar em psicoterapia do pobre quando as condições concretas lhes negam a comida, a habitação, a estabilidade e a instrução. [. . .]. Oferecer cuidados psicoterápicos, exclusivamente, aos indivíduos escotomizados no contexto social condicionante, além de representar uma posição ingênua, é frustradora e ineficiente; significa o mesmo que tentar eliminar os efeitos, deixando intactos e perpetuando-se os germes causais e determinantes dos efeitos. Não é mais possível na altura dos nossos conhecimentos sobre a causalidade e a dinâmica do fato psiquiátrico, escotomizar a verdade, isto é, ocultar que a situação conflitual dos indivíduos produz-se na dialética ininterrupta do sujeito e o mundo social. O mundo da pobreza possui também instrumentos estabilizadores e recuperadores dos desequilíbrios psíquicos, que precisam ser mobilizados numa estratégia psicoterápica popular. É utilizando todos os mecanismos estabilizadores da personalidade, respeitando



os fundamentos culturais, que a nossa ação poderá ser profícuca e alcançar o grande número de necessitados. Consideramos e defendemos a tese segundo a qual o mecanismo estabilizador, por excelência, do psiquismo das camadas pobres, consiste na organização popular e militância reivindicatória em favor do atendimento de suas necessidades básicas de salários condignos, condições de trabalho humanizadas e melhorias constantes na qualidade de suas vidas.

A atividade coletiva associada aos autênticos e sentidos objetivos mobiliza os pobres na direção do futuro e empresta-lhes a sensação de esperança, em dias melhores, conquistados por suas próprias forças e potências (p. 14).

Por isso a importância dos movimentos populares em saúde, a organização comunitária, os grupos populares, as oficinas produtivas, os grupos de cuidados ambientais, a educação ambiental, a expressão artística, a Biodança, a dramatização, as hortas comunitárias, os círculos de cultura e de encontro, os círculos de bairro, o mutirão, as lutas reivindicatórias, o esporte, a cultura e o lazer. São formas concretas da ampliação e aprofundamento da prática biocêntrica na comunidade, práticas que promovem, fortalecem ou restabelecem as condições ecológicas e o desenvolvimento humano e social do lugar; favorecem a transformação da identidade de oprimido e explorado em identidade saudável de cidadão.

Fica evidente, também, que essas práticas se constituem verdadeiras interações comunitárias, por facilitarem uma abertura à práxis coletiva mediante métodos e estratégias que se assentam numa base solidária, pedagógica, conscientizadora e amorosa. Dentre esses métodos temos a análise e vivência da comunidade e alguns outros que fazem parte do nosso campo metodológico em Psicologia Comunitária e Educação Biocêntrica, e enfatizam a dimensão qualitativa do método facilitar-pesquisando. Não queremos, com essa preferência, descartar a necessidade do emprego de métodos quantitativos. Estes, bem o sabemos, têm o seu lugar e importância nas Ciências da Saúde. Queremos, nesse momento, portanto, chamar a atenção para o método qualitativo nas ações de saúde, por ele, também, se fazer necessário.



ANÁLISE E VIVÊNCIA DA COMUNIDADE

A vida coletiva, em um determinado grupamento social, no caso, a comunidade, implica a existência de um modo de vida próprio, um modo de atribuir significados à realidade, de interagir entre as pessoas, de construir as instituições, enfim, de realizar o cotidiano dentro de uma lógica social, afetiva e simbólica, consciente ou não. Nele se incluem facetas próprias da sociedade de consumo e comuns a toda a população, como também formas particulares de viver, consumir, desfrutar e trabalhar decorrentes da cultura da pobreza que, entre outras características, incentiva o pobre a querer imitar os que os exploram e/ou mesmo fazer alianças com eles, como os cabos eleitorais, os capangas e as lideranças profissionalizadas e setorializadas pelas políticas públicas.

O modo de vida da comunidade revela um viver em permanente construção e serve de matriz ideológica e psicológica para a formação de cada morador, além de base orientadora e técnica para suas atividades, sejam comunitárias ou não, sejam externas ou internas à comunidade. Dentre essas atividades individuais e coletivas, para nós, a principal é a atividade em favor da vida comunitária e que, por isso, a denominamos de atividade comunitária, quer dizer, um sistema de interações humanas (instrumentais e comunicativas) engendrado no modo de vida do lugar/comunidade no sentido da construção dos moradores como sujeitos do seu mundo e da vida em comunidade.

Partimos do princípio de que toda área de moradia e convivência, urbana ou rural, contém atividades comunitárias por mais simples e específicas que sejam, as quais podem crescer e constituir um tecido comunitário vivo e ativo, integrado e com forte sentimento de identificação com o lugar. Essa atividade, em nosso entender, constitui o lugar central de análise, de vivência e de atuação do profissional na comunidade, pois fornece um corpo de informações relativas aos moradores e aos profissionais, relevantes para a compreensão de suas vidas e da própria comunidade. Ela é fator-chave no processo de facilitação da vida comunitária, no qual profissional e moradores atuam em conjunto, seguindo linhas de ação, vivência, reflexão, diálogo e amizade.



Analisando e vivenciando a atividade comunitária, chegaremos a conhecer não só o processo social e econômico do lugar, como também o que pensam os moradores, o que sentem e o que fazem no dia-a-dia com relação a si mesmo e aos outros. Desse modo, podemos compreender as condições externas e internas que fazem ou que impedem o morador de se desenvolver como sujeito de sua própria história e da história de sua comunidade.

A análise da atividade constitui o ponto decisivo e o método principal do conhecimento científico do reflexo psíquico da consciência. No estudo das formas da consciência social está a análise da vida cotidiana da sociedade, das formas de produção próprias desta e do sistema de relações sociais; no estudo da psique individual está a análise da atividade e dos indivíduos nas condições sociais dadas e nas circunstâncias concretas que lhes tem tocado (Leontiev, 1979, p. 17).

É necessária a inserção tanto observacional e analítica como vivencial, com profundidade e compromisso comunitário para, junto com os moradores, definir caminhos de pesquisa e de transformação social. A análise nos permite distanciamento crítico da comunidade e de nós mesmos, e a vivência nos faz entrar sensível e emocionalmente no lugar, identificar-nos com ele, levando-nos a sentir a realidade social profunda acontecendo na vida de cada morador em seu cotidiano de luta, sofrimento e esperança.

Um desafio para pesquisadores e profissionais de saúde é o de estar envolvidos com a realidade estudada, identificar-se com ela no sentido de sua transformação em algo melhor para a vida dos moradores do lugar. Entretanto, cientistas e profissionais defendem a idéia do não-compromisso e da neutralidade, argumentando que só assim é possível garantir a validade da pesquisa e a objetividade da “intervenção”.

Por um lado, estão certos, os dados e as ações não podem ser contaminados ou deformados pela formação de vínculos, contudo, existem condições metodológicas e de consciência que favorecem a construção participativa e científica do conhecimento e a objetividade da facilitação, também participativa, da dinâmica da comu-



nidade, sem que os dados coletados e o conhecimento construído, e também a ação técnico-transformadora, sejam contaminados ou desvirtuados da condição de objetividade científica e técnica.

É importante enfatizar que a análise e vivência da comunidade é um método que se inclui no método maior de facilitar-pesquisando, e vem acompanhado de outras estratégias metodológicas. Aqui trataremos de algumas, de cunho mais qualitativo: observação-participante, ação-participante, pesquisa-ação-participante, análise de conteúdo e análise do discurso.

OBSERVAÇÃO - PARTICIPANTE

Iniciada por Malinowski e desenvolvida por outros autores, a empregamos em Saúde Comunitária com o objetivo de criar um vínculo maior do pesquisador/facilitador com o lugar, com o seu dia-a-dia, aproximando-o vivencialmente dos fatos no momento em que estes estão acontecendo. A escolha metodológica é a da menor distância, de inserção mesma na realidade investigada. Como método etnográfico, exige uma inserção profunda no cotidiano e cultura do pesquisado, daí sua importância no estudo de comunidades.

A observação-participante, então, exige a presença ativa do pesquisador dentro da comunidade, sendo ele alguém que também passa a fazer parte do cotidiano do lugar, seja indo morar no local, trabalhar ali ou se fazendo periodicamente presente. Sem a interação e convivência amorosa a vida do lugar é apreendida de modo superficial, talvez com preconceitos, por isso de pouca valia (Menezes, 2006).

Quanto mais próximo da realidade investigada o pesquisador se encontra, mais suas características pessoais se evidenciam para os moradores. É importante que o investigador cuide de seu preparo pessoal, a fim de que possa perceber seus próprios processos subjetivos, distinguindo-os dos processos objetivos do modo de vida da comunidade. Tal condição é essencial para que ele não entre em confluência (perda da diferenciação), contamine os dados levantados e se envolva inadequadamente com os moradores.

De acordo com Argilaga (1995), a observação-participante facilita a percepção; o investigador passa a ser mais aceito pela



comunidade estudada; apresentam-se mais situações de observação; favorece o acesso aos dados, apesar de haver a subjetividade do pesquisador e a possível falta de espontaneidade e individualização do pesquisador, além do perigo de desvio do objetivo da pesquisa. Por isso a necessidade de o pesquisador ser assertivo e integrado, sem criar conflito com a cultura em estudo. É necessário, portanto, um preparo metodológico e um conjunto de atitudes e posturas integradas, claras e positivas, só possíveis com o aperfeiçoamento pessoal do investigador.

A leitura do modo de vida da comunidade requer assimilação e compreensão dos enlaces e nexos do cotidiano, os quais não se revelam nos fatos em si nem em suas aparências. É necessário, portanto, uma ação direta, de inserção sensível, de convivência real e objetiva, uma ação intelectual, exploratória, analítica, sistematizada e abrangente (Baztán, 1995). O dia-a-dia de uma comunidade expressa diversas e contraditórias situações de vida, aparentemente sem nexos, até para o morador. Quando analisadas e sistematizadas revelam uma lógica que explica determinado conjunto de práticas sociais, econômicas, morais, psicológicas, simbólicas, etc., relativas ao modo de vida do lugar. Porém, para compreendê-las, antes da sistematização dos dados, é necessária a compreensão de seus significados atribuídos pelos próprios moradores; decodificados do mesmo modo que são decodificados por eles. Em razão de a realidade social apresentar-se em código, rica de significações (Freire, 1979), é importante a assimilação desse código do lugar. Só assim é possível o entendimento do modo como os moradores vivem e lidam com seu cotidiano.

Somente após esse momento a realidade decodificada poderá ser trabalhada em um nível categorial, nem sempre consciente para os moradores, mas importante na compreensão e transformação de suas vidas.

Uma técnica essencial para registrar o modo de vida do lugar é o uso do diário de campo, um pequeno caderno de capa dura no qual se descrevem fatos e situações observadas, conversas com os moradores, nomes e papéis de pessoas da comunidade, reflexões, impressões e vivências do pesquisador/facilitador. Hoje em dia o diário tradicional pode ser substituído por gravador, máquina



fotográfica digital e filmadora, instrumentos importantes na pesquisa qualitativa (Bauer & Gaskell, 2003). Não se tendo em mãos esses equipamentos, o pesquisador/facilitador pode utilizar-se do pequeno caderno de anotações.

A vantagem do caderno de campo é não precisar fazer transcrição de gravação e, também, não tira a espontaneidade do instante, já que as anotações são realizadas logo depois da situação de observação ou de conversação. A desvantagem é a perda de detalhes em um determinado instante da observação ou da conversação.

Observar os fatos, o dia-a-dia da comunidade, registrá-los, sistematizá-los e explicá-los pode ser algo simples, mas não é. Como distinguir os fatos relevantes dos secundários ou irrelevantes? Como registrá-los e categorizá-los? Que sistema de interpretação ter em mãos? É uma tarefa que exige conhecimento, disciplina, método, persistência e adequado convívio com a comunidade.

Para Malinowski, estar no dia-a-dia da vida dos trobriandeses observando, vivenciando e registrando, era de enorme importância para uma análise aprofundada de sua realidade cultural expressa no cotidiano do lugar, no desenrolar dos dias e das noites dos moradores.

Logo depois que fiquei em Omarakana (ilha Trobriand), comecei de certo modo a tomar parte da vida do povo, a buscar os acontecimentos importantes ou festivos, a adquirir um interesse pessoal nas conversas do dia-a-dia e no suceder do cotidiano do povo; a despertar cada manhã para um dia que se me apresentava mais ou menos como se apresenta para o nativo. . . Durante meu passeio matinal podia observar os íntimos fatos da vida familiar, a higiene, a cozinha, o comer, podia ver os preparativos para o dia de trabalho, as pessoas saindo para atender seus interesses, o grupo de homens e mulheres ocupados em algumas tarefas manufatureiras. Brigas, piadas, cenas familiares, eventos triviais, às vezes dramáticos, mas sempre significativos, formavam a atmosfera de minha vida diária, assim como da deles. . .

Mais tarde, durante o passar do dia, o que quer que ocorresse seria facilmente acessível; não havia qualquer



possibilidade de que algo pudesse ocorrer fora de minha observação (Malinowski, apud Brandão, 1985, p. 11).

Mesmo utilizando-se da observação-participante, Malinowski não foi capaz de criar vínculos de respeito e consideração para com os nativos trobriandeses, especialmente por registrar em seu diário de campo pontos de vista de caráter valorativo-moral cheios de preconceitos. Para isso tomou como referência sua própria cultura inglesa. Igual se passou com outros pesquisadores e ocorre até hoje. Utilizam-se da observação-participante sem estabelecer uma relação de identificação e consideração pela cultura estudada.

Podemos dizer que há uma observação-participante “meramente descritiva”, para a satisfação do meio acadêmico e uma ativa, que é devolvida à comunidade investigada, no sentido de ser utilizada na resolução de seus problemas (Baztán, 1995), quer dizer, mais apropriada ao método facilitar-pesquisando em Saúde Comunitária.

AÇÃO - PARTICIPANTE

Ação realizada em conjunto com os moradores a partir de suas necessidades e objetivos, identificados por meio do diálogo-problematizador e do entendimento que os participantes têm de sua realidade, de suas próprias necessidades e das formas coletivas de atendê-las. Nesse caso, a inserção do profissional de saúde dá-se no sentido de contribuir ativamente com os esforços dos moradores para transformar sua realidade. Isso implica a presença ativa tanto do profissional como dos moradores, numa relação colaborativa, de troca e de companheirismo.

A ação-participante traduz-se, então, como ações coletivas onde os moradores definem suas lutas, seus desafios, o que pretendem atingir, como vão fazer e o que corresponde como tarefa a cada participante. Baseados num certo conhecimento da realidade e de suas limitações, os moradores procuram agir em conjunto para aprofundar esse conhecimento e lidar com objetivos que, na maioria das vezes, ao serem alcançados, beneficiam a todos ou a uma parcela mais necessitada da comunidade.



PESQUISA-AÇÃO-PARTICIPANTE

É uma proposta de pesquisa e de ação transformadora solidária por meio de consensos acerca da realidade que se pretende mudar. Faz parte do campo da pesquisa engajada, cada vez mais necessária ao estudo do meio urbano e do meio rural, das organizações e dos grupos com distâncias psicológicas em vez de geográficas. É uma estratégia metodológica direcionada, ao mesmo tempo, para o compromisso social do pesquisador e para a participação da população no processo de construção do conhecimento, do desenvolvimento humano e da mudança social. Seu objetivo é aproximar pesquisador e moradores na atividade de identificação dos problemas da comunidade e na definição de medidas de resolução desses mesmos problemas, aí integrando conhecimento e tecnologia de origem acadêmico-profissional com conhecimentos populares oriundos da experiência acumulada dos moradores da comunidade.

A Pesquisa-ação-participante origina-se em uma Sociologia comprometida com a práxis de libertação dos povos oprimidos da América Latina (Ameríndia), estando politicamente definida em favor do povo explorado (Fals Borda, 1978). Visa à resolução de problemas pela comunidade (Salazar, 1992) e vai além da pesquisa-ação por se revestir de compromisso político e ser uma pesquisa socialmente engajada, voltada para o fortalecimento da luta popular. Uma das suas características básicas é a integração entre pesquisador e pesquisado que, aqui, é também pesquisador.

A que distância o pesquisador deve manter-se do pesquisado? É um problema que até hoje suscita controvérsias que desembocam, também, no campo da relação profissional de saúde-usuário. Se a observação-participante exige proximidade com o objeto de estudo, a pesquisa-ação-participante exige muito mais, como a participação de moradores da comunidade pesquisada na equipe de investigação (agentes externos e agentes internos à comunidade).

Há vantagens e desvantagens na pesquisa-ação-participante, entretanto, é um método válido e de grande importância na construção do conhecimento aplicado, necessário não só à pesquisa como, também, à facilitação de mudanças sociais.



Na pesquisa clássica a população é percebida somente como fonte de informações, reagindo de maneira passiva aos pesquisadores. Os dados são coletados, sistematizados e transformados em teses para satisfação do pesquisador e do meio acadêmico; ou algumas vezes tomados como base para a resolução de problemas daquele mesmo povo, porém sem sua participação efetiva na questão. Em geral, a população resiste a essa imposição de profissionais e pesquisadores distanciados do dia-a-dia das comunidades. Por não participar da definição do problema nem de suas formas de resolução, a população não se sente e se percebe comprometida com as propostas de resolução feitas pelos técnicos que, muitas vezes, não incluem a vida e a ação dos moradores como parte essencial da solução. Esses pesquisadores e profissionais atuam nas comunidades sem nenhum respeito ao modo de vida do lugar e aos próprios moradores. São agentes institucionais, com claras e definidas posturas de classe.

A pesquisa-ação-participante nos convida a um mergulho sensível e profundo na vida do povo oprimido e explorado da América Latina (Ameríndia), diferente do mergulho que preserva a neutralidade e a “objetividade” da ciência, como o de Malinowski e tantos outros nos dias de hoje, os quais mergulharam e mergulham por inteiro, porém protegidos por grossos escafandros de classe.

Esse mergulho por inteiro no mundo do outro não impediu que uma ciência sociologicamente renomada se desobrigasse das questões efetivamente sociais das condições de vida dos outros. Assim, uma Antropologia, cujo método era enfim participante, nem por isso tornou-se ela própria politicamente participativa, a partir do que começou a descobrir. Pesquisando e escrevendo na mesma Inglaterra de onde o polonês Malinowski saíra para Trobriand, o alemão Marx invertia a questão. Não é necessário que o pesquisador se faça operário ou como ele, para conhecê-lo. É necessário que o cientista e sua ciência sejam, primeiro, um momento de compromisso e participação com o trabalho histórico e os projetos de luta do outro, a quem, mais do que conhecer para explicar, a pesquisa pretende compreender para servir. A partir daí uma nova coerência de traba-



lho científico se instala e permite que, a serviço do método que a constitui, diferentes técnicas sejam viáveis: o relato de outros observadores, mesmo quando não cientistas, a leitura de documentos, a aplicação de questionários (Marx mesmo fez um, mas às avessas), a observação da vida e do trabalho. Estava inventada a participação na pesquisa. Quando o outro se transforma numa convivência, a relação obriga a que o pesquisador participe de sua vida, de sua cultura. Quando o outro me transforma em um compromisso, a relação obriga a que o pesquisador participe de sua história (Brandão, 1987, p. 12).

É importante considerar o fato de que muitos crêem que a comunidade objeto de estudo não esteja em condições de atuar como pesquisadora de sua própria realidade. Há certa razão nisso, porém, como é o caso da pesquisa-ação-participante, os moradores podem ser preparados para participar mediante orientação do pesquisador externo, em todas as fases da investigação, desde a problematização da realidade e definição do problema até o momento da avaliação e comunicação dos resultados finais da pesquisa. O saber popular tem muito a contribuir com o saber científico e este com o saber popular, e ambos são capazes de gerar novos conhecimentos advindos dessa integração de saberes.

O que está em jogo, nesse caso, é a prioridade do consenso social, da presença da classe oprimida nos processos de formulação e de ação na realidade em que vivem. Está em jogo o futuro da população pobre, e não a primazia das elites históricas e dominadoras, detentoras da riqueza nacional e de um saber direcionado para seus próprios interesses de classe.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para analisar o discurso escrito ou falado temos entre os métodos qualitativos a análise de conteúdo, um método de análise de dados cujas definições vêm mudando ao longo do tempo, à medida que se aperfeiçoa e se diversifica o campo de aplicação, mediante a formulação de novos problemas e novos materiais. Podemos dizer, segundo Bardin (1988, p. 42), que:



A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise da comunicação, tendentes a obter indicadores (quantitativos ou não) por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Richardson (1985) e Visauta (1989), a análise de conteúdo apresenta determinadas características metodológicas básicas, que são: objetividade, sistematização e inferência. Vejamos cada uma:

Objetividade — refere-se à clareza de regras que pressupõe o emprego de procedimentos de análise que possam ser reproduzidos por outras pesquisas, de modo que os resultados obtidos sejam suscetíveis de verificação ou replicação por outros estudos distintos dos que chegaram a identificá-los.

Sistematização — trata da exigência da sujeição da análise a uma pauta objetiva determinada, que abarque todo o conteúdo a observar, sem que algum elemento possa ser deixado de lado.

Inferência — diz respeito ao procedimento pelo qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.

Em consideração ao grande volume e diversidade de formas inerentes à comunicação humana, supõe-se um vasto campo de aplicação da análise de conteúdo, a qual tem uma série de operações muito semelhantes às utilizadas por qualquer outro método de pesquisa em geral. Pode diferenciar-se nesta técnica determinadas fases de análise, apesar de ser comum trabalhar-se também com textos e resumos em vez de categorias e freqüências. Visauta (ibidem) propõe algumas fases: *a)* escolha da amostra; *b)* eleição das unidades de análise; *c)* definição de regras de contagem; *d)* escolha de categorias; *e)* análise propriamente dita.

A análise de conteúdo, para alcançar maior validade, dado que não segue estruturas fechadas, requer, ademais de uma estrutura objetiva de análise (Potter & Wetherell, 1987), certo nível de universalidade, quer dizer, que permita que pesquisadores distintos, dentro de uma mesma cultura e partindo de uma mesma estrutura



de análise, possam obter resultados aproximados ou similares. Significa que os pesquisadores devem estar em um campo de convergência relevante ou significativa (Góis, 2005).

Para isso faz-se necessário, em muitos casos, o uso de procedimentos tais como a triangulação e a negociação ou validade respondente, prática habitual em análise de conteúdo. A triangulação pode ser realizada de diversos modos e, segundo Denzin (1978), os principais tipos utilizados são: de teorias, de métodos, de níveis combinados, de tempo, de espaço e de pesquisador. Não temos aqui pretensão de discutir cada um, para isso podemos reportar-nos aos autores citados antes, entretanto, realçamos a triangulação de investigador, a qual implica a presença de dois ou mais pesquisadores analisando, separadamente, o mesmo discurso escrito ou transcrito. Isso implica o uso da validade respondente, que corresponde ao ato de contrastar pontos de vistas diferentes e tentar, em certos casos, buscar um acordo (negociação) entre os pesquisadores com relação às divergências existentes por consequência da análise independente. Nesse caso, a negociação só pode ser realizada se a convergência dos resultados obtidos na triangulação for significativa, quer dizer, não ser obra do azar.

Como técnica da análise de conteúdo, temos a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação ou tema, cuja presença e frequência significam algo para o objetivo da análise.

A noção de tema está relacionada à afirmação com respeito a determinado assunto. Comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, frase ou resumo. Para Bardin (1988, p. 105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Para um aprofundamento na análise temática, em suas fases de pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpo e ordenamento do material, formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação deles, pode-se reportar a Minayo (1993).

Essa forma de tratar os dados segue raízes positivistas da análise de conteúdo, entretanto, sem dúvida, existem variantes dessa



abordagem que, no tratamento dos dados, trabalham com significados em lugar de inferências estatísticas.

ANÁLISE DE DISCURSO

É um termo abrangente, para alguns até ambíguo, mas que abarca um conjunto de tendências e trabalhos importantes. A expressão é empregada com ampla variedade de significados e com distintos tipos de objetivos de estudo em diversas disciplinas (Stubbs, 1987). Juntamente com a análise de conteúdo, a análise de discurso ocupa cada vez mais uma posição de relevância no âmbito da investigação social, educacional e psicológica, fortalecendo assim o papel dos métodos qualitativos nas ciências sociais e humanas (Bardin, 1988; Van Dijk, 1993). Apesar de às vezes confundir-se com o campo da lingüística, diferencia-se pelo fato de centrar-se mais na linguagem, que é distinta da língua (Saussure, 1949; Jakobson, 1963), e também por buscar, entre outros aspectos, a objetivação e o conhecimento do sujeito que discursa mediante a escrita (discurso permanente, texto) ou a fala (discurso transitório, conversação).

As duas linguagens são ricas de informações distintas, com suas vantagens e desvantagens. Como assinala Brown & Yule (1993), a linguagem escrita é mais rica que a linguagem falada, pois contém uma organização do discurso mais elaborada, além de maior densidade informativa que, normalmente, não encontramos na conversação. Sem dúvida, há de se reconhecer que a linguagem falada não é um conjunto de palavras e frases desordenadas, aleatórias, pois possui alto grau de organização e coerência, como é possível observar na conversação especialmente transcrita, apesar de não se encontrar ordenada como no discurso escrito.

Existe uma riqueza na linguagem, presente não só nos significados coletivos e nas estruturas da língua, mas também nos elementos de duração, pausa, entonação, repetição e estilo, configurados em um modo particular de comunicação, expressão, interação e significação pessoal (sentido) acerca de si mesmo e do mundo. Ela nos possibilita chegar à consciência (Luria, 1987b; Vigótski, 1989) por incluir, além de dimensões fisiológicas e lingüísticas, dimensões ideológicas e psicológicas (Bakhtin, 1988). Segundo Vigótski (1991), a linguagem é um correlato da consciência e não do pensa-



mento, porque contém, além do significado, o sentido, que é algo particular da pessoa em sua relação com o mundo e consigo mesma. Para Luria (1990), a linguagem inclui o significado, o sentido e as “unidades fundamentais da consciência que refletem o mundo exterior” (p. 24), isto é, a percepção, a memória, a atenção, a generalização e abstração, a dedução e inferência, o raciocínio e solução de problemas, a imaginação, a auto-análise e a autoconsciência.

Segundo Habermas (1987), a linguagem falada é importante quando os falantes, ao se utilizarem de enunciados e orações, buscando o entendimento, estabelecem, além de outros tipos de relações com o mundo, uma relação de tipo reflexivo. Para Freire (1990), isto ocorre na comunicação que busca o conhecer crítico, o entendimento e a construção social e pessoal por meio do diálogo, algo inexistente nas relações de dominação. No diálogo as consciências estão em contato direto e solidário.

Mediante a análise da linguagem podemos apreender e compreender aspectos essenciais do processo de construção-destruição-reconstrução da existência, da organização e funcionamento da atividade consciente (Luria, 1987a, 1989) e da relação que o indivíduo estabelece com os outros e com seu mundo socioambiental. Ao trabalhar com o sentido, a análise do discurso nos permite objetivar estruturas e conteúdos psicológicos particulares que, em geral, deixam de ser considerados ou se apresentam muito mais limitados em outros métodos, mesmo na análise de conteúdo.

Para que possamos chegar, por meio da análise, à constatação dos movimentos e dos estados da consciência, é preciso partir dos dados empíricos, das manifestações objetivas da subjetividade compreendida na consciência. E estes são os discursos elaborados pelo indivíduo quando lhe perguntamos o que pensa com respeito a temas determinados, ou quando lhe pedimos que narre sua história de vida ou fatos particulares (Lane, 1996, p. 100).

Outro aspecto a considerar na análise do discurso é o contexto onde ele se produz. É necessário levar em conta o contexto cultural do discurso produzido para que este se faça compreensível. Isso



implica considerar que o discursante é criador de realidade social (Garfinkel, 1967) e que também a interpreta com base em dois elementos-chave, quais sejam, o conhecimento social e os procedimentos de interpretação (Mehan & Wood, 1975), os quais lhe permitem dar relevância contextual ao discurso. O discursante, segundo Lozano, Peña-Marín & Abril (1993, p. 46), no texto seguinte:

[. . .] põe o ator social em condições de sustentar um sentido da estrutura social ao longo de cambiantes ambientes sociais de interação e inclui: a) *as formas normais*: o interlocutor assume que os outros possuem repertórios similares aos seus acerca do que constitui uma “aparência normal” em sua cultura, alterando ou harmonizando eventuais discrepâncias ou ambigüidades; b) *a reciprocidade de suas perspectivas*: o interlocutor assume que, salvo prova contrária, os outros vêem as coisas e dão significado a objetos e acontecimentos do seu mesmo modo; c) *o princípio das “etcétera”*, posto que os conhecimentos de “sentido comum”, comuns aos dois participantes, podem revelar-se “lacunosos” e a comunicação verbal e não verbal inadequadas, o indivíduo assume que seus interlocutores “enchem” de significado as eventuais lacunas; d) *vocabulários descritivos como expressões indexicais*: seu significado, diz Cicourel (1968, p. 233), reside no fato de que proporciona “instruções” para recuperar a “plena” relevância de uma expressão.

Como mostramos antes, apesar da riqueza de informações que gera e de sua contribuição ao método facilitar-pesquisando, a análise de discurso tem suas limitações que podem afetar também a própria análise, mas nem por isso deixa de ser considerada uma técnica fiável e válida de análise psicológica.

Em coerência com seus pressupostos teóricos, os analistas de discurso evitam a categorização mais ou menos formal e sistemática em que fundamentam a análise de conteúdo, aludindo que, entre outras coisas, tal procedimento mascara a variabilidade inerente do discurso e dificulta a compreensão das funções que se levam a cabo com ele em cada momento.



Pelo contrário, seus métodos de análise são bem menos sistemáticos e mais interpretativos” (Villar, 1998, p. 199).

Na análise de discurso, também, para alcançar maior aceitação e validade de análise, faz-se necessário o emprego da triangulação e da negociação ou validade respondente, conforme mencionamos anteriormente ao nos referirmos à análise de conteúdo.

Estratégias de facilitação

As estratégias de facilitação biocêntrica em Saúde Comunitária contemplam, de modo articulado, os seguintes aspectos, considerando suas especificidades e interinfluências: Formação e gestão de pontes ativas na comunidade; Âmbito de atuação na comunidade; Articulação indivíduo-família-comunidade; Tipos de facilitação; Fases de facilitação da dinâmica comunitária.

FORMAÇÃO E GESTÃO DE PONTES ATIVAS NA COMUNIDADE

Por um lado, as ações de saúde estão circunscritas a suas políticas específicas, mesmo sabendo-se que elas não esgotam o tema da saúde, e por outro, diferentes políticas públicas apresentam em sua formulação e ação um desenho marcadamente de saúde, ou que, pelo menos, exercem importante papel nessa esfera da ação pública, contribuindo sobremaneira com ações e resultados em saúde. Dentre essas políticas públicas e programas temos: Plano-Diretor, Orçamento Participativo, programas de proteção ambiental, inclusão produtiva e de agricultura cooperada (Pronaf), Estatuto da Cidade, Educação de Jovens e Adultos, Centros de Referência da Assistência Social, Bolsa-Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Sentinela, Programas de Combate à Prostituição Infantil e Raiz de Cidadania, da Prefeitura de Fortaleza. Temos, ademais, ações do terceiro setor, da extensão universitária, de programas de responsabilidade social e mais os projetos desenhados na esfera da própria comunidade, como o Banco Palmas do Conjunto Palmeira, bairro de Fortaleza.

Há uma vasta “estrutura dispersa e despotencializada” de políticas, ações, programas e projetos voltados direta e indiretamente



para a saúde da população pobre, porém cada um correndo por conta própria, superpostos ou em paralelo. É comum os profissionais de um não conhecerem os profissionais de outros, muitas vezes nem sabem que existem outras políticas, programas e projetos acontecendo em seu mesmo local de atuação. Desconhecem a existência deles.

Há todo um conjunto de esforços (objetivos, idéias, profissionais, tempo, recursos financeiros e materiais) acontecendo diariamente em nossa cidade e em tantas outras cidades brasileiras sem se caracterizar pela eficiência, eficácia e efetividade. O que fazer? Aproximá-los e integrá-los, certamente, por mais difícil que seja tal ação de intersetorialidade, buscando enfaticamente priorizar a ação integrada de políticas públicas no lugar de sua realização, articulá-las no local de atuação — a comunidade/território.

Primeiramente, precisamos conhecer esses esforços governamentais e sociais, e estimular a permeabilidade de cada um, de suas fronteiras, pretendendo com isso que ocorra o intercâmbio entre eles. Entretanto, para tal resultado, é imperativo substituir paradigmas tradicionais de atuação profissional por paradigmas de atuação complexa (biocêntrico, sociopsicológico, intersetorial e interdisciplinar). Formar pontes ativas entre as ações para, assim, trabalhar conjuntamente em favor dos grandes objetivos e problemas concretos que exigem dessas políticas, programas e projetos ações articuladas e integradas.

Olhando, especificamente, para a saúde, podemos dizer que existem inúmeras políticas e serviços que podem ser dispostos numa estratégia integrada de ação local, mas, para tal estratégia, é preciso clareza ideológica, política, afetiva, gerencial e técnica dos dirigentes, coordenadores e profissionais para construí-la.

Fica difícil integrar em rede todos esses esforços, mas é possível, desde que se tome como ponto de partida a própria comunidade ou o território onde estão presentes esses esforços. Começa aí o desenho da estratégia comunitária de saúde baseada na formação de pontes ativas entre Equipes de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde, Centros de Atendimento Psicossocial (Caps) e outros serviços de saúde, Centros de Referência da Assistência Social (Cras), Raízes de Cidadania, Orçamento Partici-



pativo, Projetos de inclusão produtiva e de cuidado ambiental, Ciranda da Vida, Peti, Sentinela, projetos de extensão universitária, associações de moradores e grupos comunitários. O tema gerador e articulador é a saúde da comunidade e da Natureza aí presente.

A concentração de esforços na criação de pontes ativas certamente aumentará a potência das políticas públicas em seu local de atuação, assim como a potência da própria comunidade foco da facilitação.

As pontes ativas surgem, inicialmente, da pressão que os problemas cotidianos locais exercem nas equipes profissionais responsáveis pelas políticas públicas numa determinada comunidade/território. Pressionadas pela crueza da realidade da periferia, sentindo-se limitadas e sem recursos materiais suficientes, vivem a angústia profissional e o sentimento de impotência diante da determinada problemática que se apresenta diante delas. Como consequência de tal situação vivida, as equipes buscam apoio e cooperação entre elas mesmas e seus profissionais, no intuito de reunir esforços para superar esse estado de impotência e limitação profissionais, aumentando assim a capacidade de atuação e de resolução dos problemas de saúde da comunidade.

Um resultado das pontes ativas é a operacionalização da ação interdisciplinar e intersetorial no local de atuação, importante por integrar conhecimentos, experiências e habilidades, e criar a convivência necessária à implantação de uma rede de serviços públicos territorializados socialmente protetores e profissionalmente articulados.

Na formação de pontes ativas focalizamos a integração e gestão das políticas públicas no próprio lugar de realização — a comunidade, visando potencializar as próprias políticas e seus profissionais, bem como potencializar a comunidade e cada um de seus moradores.

Como já dissemos, as pontes ativas surgem como demanda ou pressão da realidade da comunidade e como necessidade dos profissionais e equipes por se verem muitas vezes impotentes e indignados ante os problemas ecológicos, sociais e humanos escancarados diante de seus olhos. Em vez de mergulharem na frustração e desânimo, ou mesmo evitando ou saindo da situação, ficando acomodados e limitados ao posto de saúde ou centros de referência,



como Cras e Raiz (Barros, 2007), nas pontes ativas os profissionais inserem-se efetivamente na comunidade (inserção etnográfica e sociopsicológica) e buscam integrar cada vez mais seus esforços multidisciplinares, fazendo que a própria equipe se torne interdisciplinar e de ajuda mútua, criando até mesmo laços de trabalho com equipes de outras políticas públicas que atuam no mesmo lugar e com os grupos e associações existentes ali. Essa busca de parceiros não se esgota no meio dos profissionais, se estende, de fato, na direção dos moradores, associações e lideranças comunitárias, tornando-os também participantes ativos na facilitação dos processos de saúde da comunidade.

Cada política ou equipe tem suas dificuldades materiais, financeiras, humanas, de desempenho e de resolubilidade, sendo isso uma séria razão para a formação de pontes ativas. Ainda hoje temos graves limitações orçamentárias, dificultando em muito uma atuação mais incisiva que permita maior cobertura das políticas nos territórios/comunidades. Entretanto, o que já está disponibilizado pode contribuir bastante, desde que olhemos com maior cuidado para a participação comunitária, a seleção e formação dos quadros profissionais, a interdisciplinaridade nas equipes de saúde e a intersetorialidade entre as políticas públicas. Para nós, é óbvio, que estamos diante de três questões institucionais a serem examinadas com prioridade — a formação de profissionais para atuar na atenção primária, a interdisciplinaridade nas equipes de saúde e a intersetorialidade das políticas públicas.

É evidente a necessidade de formação de quadros profissionais voltados para a Saúde Comunitária (formação acadêmica e educação permanente), dado o despreparo de muitos dos que são convidados, concursados ou selecionados para trabalhar na atenção primária, consequência de uma formação tecnicista, especialista e elitista, delimitada por um enfoque biomédico/psicológico tradicional direcionado prioritariamente para as classes média e alta. A integração atenção primária-universidade pode ser uma das prioridades para cobrir essa grave deficiência, tanto no campo do ensino, como no campo da extensão e pesquisa em saúde.

A interdisciplinaridade é outro aspecto-chave em Saúde Comunitária, conceito que supera a limitação da multidisciplinaridade e prepara as condições para a construção e atuação transdisci-



plinar. Em termos práticos, o desafio atual é ainda a interdisciplinaridade e não a transdisciplinaridade, em virtude da vaidade e despreparo profissional para o trabalho em equipe e da formação de especialistas em uma cultura acadêmico-profissional promotora do individualismo e da hierarquização das profissões e do conhecimento.

No caso da intersetorialidade, sua importância é óbvia, vem da constatação da fragmentação das políticas públicas, que despotencializa as ações, desperdiça tempo e esforços, gera conflitos desnecessários, diminui a relação entre as políticas e contribui muito pouco para o alcance dos objetivos pretendidos. É muito clara a importância da intersetorialidade nas políticas públicas, assim evitando a fragmentação e superposição de ações, bem como fortalecendo processos de trabalho que integram ações diversificadas na direção de objetivos únicos, obviamente potenciando as próprias ações e seus resultados.

Nenhuma problemática social pode ser completamente abarcada por uma profissão ou por uma só política pública. As políticas de saúde dentro de suas fronteiras tradicionais não resolverão os desafios da saúde brasileira, tampouco a educação resolverá os desafios da educação em nosso país. Isso se aplica a qualquer setor governamental e profissional configurados em estruturas setorializantes crônicas na forma de secretarias e outros órgãos municipais. As estruturas e suas burocracias prevalecem sobre as ações e resultados. Há muita burocracia que nada mais é do que *burose* ou *buropatia*, e não realmente a burocracia que organiza e dá suporte efetivo às ações certas, no tempo e nos lugares certos com as pessoas certas, isto é, fazer certo a coisa certa, conforme dizia Peter Drucker, estudioso das organizações.

Toda gestão municipal precisa conscientizar-se de que, hoje, ou constrói redes de trabalho ou estará fadada ao fracasso, à *burose* e à limitação e pobreza dos diagnósticos e relatórios tradicionais de avaliação dos resultados, os quais, em geral, contêm apenas indicadores de eficiência muitas vezes malformulados e não apresentam indicadores de resultados e de impactos.

Especificamos nessa análise as secretarias municipais e não as estaduais nem os ministérios, por estarmos falando de atenção primária, não querendo com isso invalidar o debate e a prática da



interdisciplinaridade e da intersetorialidade nas outras esferas da ação governamental. Queremos enfatizar o município por ser nele que, de fato, a atenção primária se revela plenamente como ação concreta. É nele que as políticas públicas se realizam, fracassam tentando ou ficam num faz-de-conta apropriado ao empreguismo e à propaganda demagógica, entre outras coisas.

Por esse prisma, vemos a atenção primária dentro de uma estratégia comunitária de gestão, cooperação e desenvolvimento, e não apenas esforço ministerial, estadual e municipal fragmentado e disperso. Aqui, entende-se o governo municipal assumindo a vanguarda da promoção do desenvolvimento local, da educação permanente, da intersetorialidade e da interdisciplinaridade nas ações públicas, passando o município a ser o lugar onde as políticas públicas e outros investimentos federais e estaduais ganham localmente direção e contornos estratégicos, táticos e operacionais adequados, resultando em algo concreto e observável, avaliado também pela população.

ÂMBITO DE ATUAÇÃO NA COMUNIDADE

Consideramos dois os principais âmbitos de atuação em Saúde Comunitária a partir da formação de pontes ativas entre as políticas públicas, os profissionais e a comunidade. São eles: participação dos profissionais de saúde no processo de desenvolvimento comunitário e ação diferencial tomando como referência o ciclo vital, a questão de gênero e outras opções sexuais, as minorias étnicas e os portadores de necessidades especiais.

a) Participação dos profissionais de saúde no processo de desenvolvimento comunitário

Situa os profissionais de saúde na esfera do desenvolvimento de comunidade, envolvendo-os com as principais questões ou problemas vividos pela população, os quais são claros e frequentemente debatidos nos encontros comunitários. São eles, além da saúde, meio-ambiente, trabalho, educação, cultura, esporte, urbanização, habitação, lazer e segurança.

O profissional na atenção primária deixa de ser um técnico de ação específica, isolado, fechado em um posto de saúde, para



ser um profissional que participa dos anseios e práticas comunitárias nos diversos âmbitos das necessidades da comunidade, por entender que a saúde decorre de um complexo eco-sócio-orgânico-psicológico de construção da saúde/doença, estando aí implicadas as ideologias de classe, posturas de classe e mais uma gama de fatores entrelaçados que devem ser considerados. Por isso, a importância da formação de pontes ativas na direção da saúde como desenvolvimento comunitário.

Entendemos que não há saúde sem educação e trabalho, sem proteção ambiental, sem lazer e segurança, sem urbanização e moradia, sem cultura e esporte, respeito à vida e consideração humana, sem cidadania e amor. Todos esses campos de necessidades da vida social e humana, transformados em problemas sociais, estão profundamente entrelaçados, um repercutindo no outro, muitas vezes de forma dramática.

Esses problemas estão na superfície do cotidiano das comunidades pobres. É comum nos círculos de cultura, nas rodas de conversa, nas cirandas da vida ou em qualquer outro espaço grupal de reflexão e vivência na comunidade, os moradores trazerem, com sentimentos de frustração, desânimo e até de revolta, esses temas com o intuito de partilhar com os agentes públicos a situação ambiental, social, orgânica e psicológica a que estão submetidos ao longo de gerações. Nos círculos e rodas escutamos com facilidade o drama de suas vidas, entretanto os moradores trazem os problemas de forma individualizada, até mesmo como desabafo, sem muitas vezes ter a consciência do poder de transformação inerente à sua força coletiva, bloqueada que está pela identidade de oprimido e explorado.

O que fazem os moradores depois de falarem, quando separados, isolados? O que fazem os agentes públicos quando separados, isolados? Pouco ou nada fazem. Moradores individualizados e profissionais individualizados saem muitas vezes desses espaços dialógicos tão importantes com sentimentos contraditórios de esperança e desencanto diante da possibilidade de resolução dos problemas pelos órgãos públicos ou pela própria comunidade. Por um lado, os moradores acostumados à dependência não se percebem com poder e competência para assumir



e dirigir coletivamente a ação de resolução, deixando para os técnicos essa responsabilidade e competência. Por outro lado, os agentes públicos o que fazem comumente é acumular demandas (históricas, reprimidas e atuais) em constantes relatórios e listas de espera, que se perdem muitas vezes no meio de outros papéis ou na lentidão burocrática da prestação de serviços que, habitualmente, não visa resultados. Não conseguem desafogar o acúmulo de demandas que, em vez de diminuir, mais aumentam. Conseqüentemente, o que se tem é um atendimento deficiente, estressado e desumanizado, ou mais grave, não se tem resposta para a comunidade. Nada é feito.

Os moradores e agentes públicos, em separado, individualizados, seguem lamentando-se e desacreditando mais ainda da ação governamental e da ação própria, bem como do potencial e capacidade dos profissionais e da comunidade para agirem coletivamente.

Todos os temas mencionados pela população nos encontros comunitários, de algum modo, pertencem a uma ou mais políticas públicas, nenhum deles escapa das análises e projetos governamentais. O que não acontece é a integração dos projetos dentro de uma estratégia de potenciação comunitária, só possível mediante a integração local das políticas públicas e uma concentração maior de recursos financeiros nessas políticas.

É hora de reverter esse quadro de exclusão social e impotência profissional, mediante decisões políticas firmes e comprometidas com a classe oprimida. No caso da saúde, com o orçamento participativo em saúde, os conselhos locais, a formação e fortalecimento de pontes ativas nas comunidades e a integração atenção primária-universidade (ensino, pesquisa e extensão). Há muito que se fazer, mas é necessário outro paradigma de atuação, assumir verdadeiramente a prevenção e a promoção, priorizar a educação em saúde e a ação comunitária do profissional de saúde, entender que os maiores ganhos em saúde são resultantes do desenvolvimento comunitário e não dos serviços especializados prestados nas unidades de saúde.

Hoje é evidente que os problemas vividos pelos moradores começam a ser vistos com a seriedade que merecem. Havia uma situação geral de descaso, modificada agora com o Governo Lula



e, mais especificamente, em Fortaleza, com a gestão municipal de Luizianne Lins. Começa-se uma mudança de rumo na direção da classe oprimida, em que os problemas sociais passam a ser “encarados de frente”, sem demagogia e falsas promessas. Mudança de rumo ainda lenta, mas segue o caminho do compromisso real com a população pobre, com a redução das desigualdades sociais e a eliminação da miséria em nosso país.

b) Ação diferencial (tomando como referência o ciclo vital, a questão de gênero e outras opções sexuais, a questão de cor, as minorias étnicas e os portadores de necessidades especiais)

A Saúde Comunitária, seguindo o enfoque do ciclo vital, compreende o processo humano se dando na ontogênese através de fases de vida distintas em um percurso de construção da saúde e do desenvolvimento humano. A infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice constituem momentos biopsicossociais diferentes e importantes na jornada da individuação (Oliveira, 2003). Cada fase requer atenção especial, uma ação de saúde diferenciada que contemple as características próprias de cada momento de vida da pessoa. O contrário pode gerar sérios problemas, desrespeito, iatrogenias, erros profissionais, como os decorrentes da medicação de idosos no mesmo parâmetro com que se receita para o adulto.

Outro aspecto a considerar é a questão de gênero e outras opções sexuais, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, aí reconhecendo a condição da mulher e das minorias sexuais numa sociedade marcadamente autoritária, masculina e machista. A saúde da mulher, a saúde do homem e a das minorias sexuais se movem em trajetórias diferenciadas, seja em sua potencialização ou quando se trata de uma doença, crise ou transtorno. Nas questões de tratamento, prevenção e promoção, certamente, as diferenças estão presentes.

Devemos considerar ainda a situação do negro e do índio em sua especificidade cultural, social, psicológica e também orgânica.

É importante enfatizar, também, na ação diferencial da atenção em saúde, a condição dos portadores de necessidades especiais, um problema que em nosso país continua grave em todos os aspectos, apesar do avanço atual, desde a acessibilidade ao espaço urbano e às instituições, à educação ao trabalho, à vida social,



afetiva e sexual, até as formas de atendimento nos hospitais, postos de saúde e outros serviços sanitários como o PSF e o Caps.

Partindo do enfoque do ciclo vital, do gênero e outras opções sexuais, da questão do negro, das minorias étnicas e dos portadores de necessidades especiais, temos a relação profissional de saúde-usuário mais complexa, flexível e diversificada. Trabalhar com criança é uma coisa, com mulher é outra coisa, como é outra coisa trabalhar com a saúde dos jovens e dos idosos. Trabalhar com as minorias sexuais, as minorias étnicas e os portadores de necessidades especiais requer, também, outras posturas e preparo profissional. Considerar isso na atenção primária significa, portanto, atuar com maior profundidade, resolubilidade e cidadania em dimensões usualmente pouco consideradas dentro de uma abordagem multidimensional e integral da saúde da população.

ARTICULAÇÃO INDIVÍDUO-FAMÍLIA-COMUNIDADE

Nesse espaço de articulação não se concebe o usuário e a usuária isolados e responsabilizados por suas próprias doenças, crises ou transtornos, mas sim estes se originando numa realidade social complexa e desigual, bastante evidente em nossa sociedade de classes e na dinâmica das comunidades pobres. A saúde/doença não é vista de modo naturalizado, anistórico, nem tampouco descontextualizado do seu lugar cultural, aí incluindo evidentemente a família e a comunidade onde vivem usuário e usuária.

A articulação indivíduo-família-comunidade nos leva a olhar a família e a comunidade como participantes do processo de saúde/doença do usuário e usuária, seja quando reproduzem ou reforçam a ideologia de submissão e resignação, ou rompem com essa ideologia, tanto na perspectiva do tratamento, quando for o caso, como na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde no local.

Não se pode separar nenhuma dessas esferas sob pena de não se compreender todo o processo que envolve a dinâmica do usuário e usuária, imbricado que está na dinâmica familiar que, por sua vez, está imbricada na dinâmica da comunidade. Não se pode trabalhar com Saúde Comunitária sem focar a articulação ora em discussão, compreendê-la, ao mesmo tempo em que se atua de modo integrado (serviços, profissionais, usuário, família e comunidade).



Hoje, qualquer estratégia de desenvolvimento local, ou mesmo de saúde, tem de ser efetiva na direção da potenciação da comunidade, das famílias e dos indivíduos, não com palestras e visitas domiciliares esparsas e desatentas, mas com métodos, técnicas e posturas profissionais compreensivas e compromissadas, sensíveis à situação e eficazes no trato da questão. É importante considerar nas estratégias de Saúde Comunitária a relação dialética indivíduo-família-comunidade, isto é, compreender que essas dimensões se articulam constituindo um todo integrado a ser trabalhado em conjunto e em suas especificidades. São dimensões que demarcam e direcionam as ações de potenciação na comunidade, que são de três tipos: potenciação comunitária, potenciação familiar e potenciação pessoal.

1. Comunidade (potenciação comunitária)

a) Situação: potencial da comunidade, experiência acumulada, resistência social; habilidades, competências, práticas favoráveis à organização coletiva e presença de lideranças comunitárias interessadas. A situação é, também, de desorganização sociopsicológica do lugar, comunidade deprimida, moradores dispersos, descrentes e fatalistas, violência, problemas ambientais, pobreza e miséria, analfabetismo, doenças da pobreza e outros sérios problemas de saúde coletiva.

b) Atuação: formação e fortalecimento de grupos comunitários (saúde, trabalho, urbanização, moradia, lazer, segurança, cultura, esporte e educação); formação e/ou fortalecimento de associações comunitárias; inclusão produtiva; cooperativismo; ações de saúde na comunidade; formação de cuidadores comunitários; valorização da cultura local e apropriação do lugar; educação ambiental; comunicação radiofônica; alfabetização de adultos; organização de bairros; luta reivindicatória; fortalecimento da identidade de lugar; apoio jurídico.

2. Família (potenciação familiar)

a) Situação: família receptiva aos serviços e aos profissionais de saúde, humilde, luta pela sobrevivência, experiência acumulada, vontade de melhorar, de sair dessa situação, potencial



para participar e buscar soluções para as questões familiares. Combinado a isso é comum encontrarmos dinâmicas familiares desagregadoras, situação de vulnerabilidade social e risco constante, dependência, ignorância e impotência para lidar com a situação, violência doméstica, analfabetismo ou baixa escolarização, pouca ou nenhuma renda, sofrimento, doenças graves, sofrimento psíquico e transtornos mentais.

b) Atuação: orientação sociopsicológica; apoio e integração da família; inclusão produtiva; escolarização; participação comunitária; educação ambiental; apoio financeiro e jurídico.

3. Indivíduo (potenciação pessoal)

— Ação sobre o potencial de desenvolvimento do morador

a) Situação: escolaridade crescente, capacidades e habilidades, receptividade ao profissional de saúde, experiência acumulada, disposição para participar, o morador esforça-se para fazer sua vida melhorar, preocupa-se em ajudar a família, tem sonhos e esperanças. Nele, mesmo oprimido e explorado, há uma vocação biocêntrica de caminhar pela vida, de se fazer cada vez mais sujeito da realidade e do seu viver.

b) Atuação: fortalecimento das linhas de vivência de vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência; expressão da identidade pessoal e coletiva; fortalecimento do valor pessoal e do poder pessoal; conscientização; projeto de vida; esporte e lazer; ação cultural; escolarização; educação profissional dirigida; inclusão produtiva; educação ambiental; outras atividades comunitárias; e apoio jurídico.

— Ação sobre situações de crise (orgânica/mental)

a) Situação: busca de melhoria, de sair da situação de crise. Apresenta elementos positivos da situação anterior combinados com sentimentos de perdas, sentimento de impotência, depressão reativa, desemprego, gravidez na adolescência, desorientação de vida, anomia, consumo de drogas leves, hipertensão, diabete, cefaléia de tensão, doenças respiratórias, viroses comuns, dores crônicas, ansiedade somatizada, medos reais e imaginários, e outras situações de crise.

b) Atuação: acolhimento; apoio, atendimento sociopsicológico e acompanhamento; medicação quando necessária;



aconselhamento individual ou em grupo; cuidados comunitários; focalização do problema; fortalecimento do valor pessoal e do poder pessoal; expressão da identidade pessoal; expressão artística e existencial; projeto de vida; regulação tensão-relaxamento; alimentação; atividade física; sono; organização do tempo semanal; inclusão produtiva; qualificação profissional dirigida; e apoio jurídico.

— Ação sobre situações críticas

a) Situação: o morador continua tendo potencial de saúde e desenvolvimento, experiência, capacidades e habilidades, vontades e sonhos que estão misturados a problemas e doenças graves (aids, sífilis, hanseníase, tuberculose e outras); transtornos mentais, alcoolismo; prostituição; morar na rua; violência (doméstica, estupro familiar, homicídios, assaltos), uso de drogas pesadas e outras situações críticas.

b) Atuação: acolhimento; apoio, atendimento sociopsicológico; tratamento médico; hospitalização; medicação; acompanhamento; redução de danos, inserção social; alimentação; atividade física; sono; organização do tempo semanal; desintoxicação; cuidados comunitários; focalização do problema; fortalecimento do valor pessoal e poder pessoal; expressão da identidade pessoal; expressão artística e existencial; regulação tensão-relaxamento; inclusão produtiva; qualificação profissional dirigida; e apoio jurídico.

A potenciação pessoal não individualizada, isto é, a partir de um processo coletivo/grupal, é a condição básica para a construção da saúde, mesmo quando o indivíduo se encontra em situação de crise ou em situação crítica. Nestas, a pessoa deve continuar a ser estimulada em seu potencial, em sua experiência acumulada, como também ser considerada não somente um doente ou uma pessoa-problema, mas principalmente ser vista como cidadã, uma pessoa portadora de direitos e capacidades que precisa ser acolhida e tratada, que precisa de proteção e cuidados.

TIPOS DE FACILITAÇÃO

Consideramos a existência de três tipos de facilitação em Saúde Comunitária, cada um desempenhando papel importante no



processo de desenvolvimento da comunidade, da família e de cada morador, desde que não acontecem isoladamente, mas sim articulados entre si. Entretanto, somente o tipo comunitário está voltado para a articulação indivíduo-família-comunidade e o desenvolvimento comunitário. Vejamos cada um:

1. Assistencial (Emergencial)

Objetivo

Solucionar problemas emergenciais, como perdas materiais abruptas, desabrigo, epidemias e fome.

Ideologia

Prevalência de uma classe sobre a outra

Relação

Paternalista e episódica

Resolubilidade

Imediata ou de curto prazo

Abordagem

Caritativo-solidária focada na urgência

Resultados

Atendimento de uma necessidade imediata de sobrevivência; dependência; passividade; e acomodação social e política.

Exemplos

Políticas compensatórias dos governos; campanhas de solidariedade, como Natal sem Fome; doações de entidades privadas ou beneficentes; atendimento de emergência às vítimas de catástrofes naturais; Projeto Rondon; vários projetos de extensão universitária e de ongs.

2. Técnico (Instrumental)

Objetivo

Solucionar problemas do ponto de vista do especialista; controle técnico-científico e político da comunidade visando melhoria social.

Ideologia

Prevalência do saber técnico-científico e político sobre o saber popular

*Relação*

Aproximativo-interventiva

Resolubilidade

Imediata, curto, médio ou longo prazos

Abordagem

Tecnicista, baseada na análise ou diagnóstico da situação da comunidade, família ou indivíduo sem considerar a dinâmica individual, familiar e comunitária, assim como o processo participativo do lugar, a experiência acumulada dos moradores e a visão de futuro da comunidade.

Resultados

Resolução do problema específico ou sua diminuição, dependência em relação ao especialista (técnico, cientista ou político) e permanência das relações de dominação e de controle da comunidade pelos especialistas.

Exemplos

Serviços públicos em geral realizados pelas diversas secretarias municipais, incluídos planos-diretores, planos plurianuais e serviços de saúde e assistência social em geral; ação dos partidos políticos; vários projetos de extensão universitária e de ongs.

3. Comunitário (Cidadania)

Objetivo

Eqüidade social; proteção ambiental; autonomia da comunidade; construção e fortalecimento do sujeito coletivo; fortalecimento da participação comunitária e do poder popular. Comunidade saudável.

Ideologia

Reconhecimento das relações de dominação, bem como do valor pessoal e do poder pessoal dos indivíduos na construção de suas vidas e da comunidade; importância da experiência acumulada dos moradores e de sua visão coletiva de futuro.

Relação

Integrativa, compromissada e duradoura

Resolubilidade

Médio e longo prazos

*Abordagem*

Biocêntrica (vivencial e conscientizadora)

Resultados

Resolução coletiva dos problemas da comunidade ou a diminuição deles; convivência amorosa com o meio-ambiente; aprofundamento da consciência de si e do mundo; transformação da identidade de oprimido e explorado em identidade saudável de cidadão; organização popular e controle social.

Exemplos

Políticas públicas participativas; SUS; Suas; orçamento participativo; movimentos comunitários; MST; vários projetos de extensão universitária como os do Núcleo de Psicologia Comunitária — Nucom, do Laboratório de Estudos sobre a Consciência — Lesc e do Laboratório de Psicologia Ambiental — Locus, pertencentes à Universidade Federal do Ceará; ações de ongs, como as do Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais-Ce e de empresas como o Centro de Desenvolvimento Humano — CDH. Ressaltamos, também, a contribuição da Escola de Biodança do Ceará, através de seus estágios sociais supervisionados.

Todos os tipos de facilitação exercem função importante na construção do conhecimento, no desenvolvimento humano e na mudança social, mas o tipo assistencial e o tipo técnico, quando utilizados, devem ser praticados para favorecer o aparecimento de condições apropriadas à facilitação do tipo comunitário, sob pena de reforçar a ideologia de submissão e resignação, a identidade de oprimido e explorado, e acentuar mais as diferenças de classe, as relações de dominação e o distanciamento do povo pobre com relação à definição de seu próprio futuro.

Por outro lado, o tipo comunitário, sem a presença dos outros tipos de facilitação, pode não ser muito bem aceito pelos moradores e por profissionais de saúde, acostumados que estão às relações de dominação e dependência. Integrando-os, pouco a pouco, os moradores e profissionais vão compreendendo e assumindo cada vez mais o tipo comunitário, difícil de exercitar, porém mais resolutivo e gerador de autonomia.



A facilitação comunitária deve ser a mais utilizada, combinada aos outros tipos de facilitação, por vários motivos que justificam a participação popular na ação governamental e no controle do sistema de ação histórica da sociedade. Todavia, é preciso ter claro seu caráter profissional, etnopsicológico, pedagógico e político, tendo-se consciência de que essa facilitação é, antes de tudo, de processos comunitários para a construção do conhecimento crítico, o desenvolvimento humano, a mudança social e o cuidado ambiental, bem como, de modo específico, a construção de uma relação profissional e cidadã entre trabalhador de saúde e usuário dos serviços.

FASES DE FACILITAÇÃO DA DINÂMICA COMUNITÁRIA

Na facilitação da dinâmica comunitária é necessário cuidar de algumas fases que a seguir apresentaremos com suas principais características. Não são fases rigidamente lineares, pois características de uma se mesclam com características de outra em vários momentos do processo de facilitação. Pretendemos aqui esboçar a seqüência de um processo flexível que oferece um conjunto de passos distribuídos numa linha de ação estruturada e permeável às situações e ao contexto.

1. Entrada e inserção na comunidade

- * Mediação/contato/ambientação
- * Interação/confiança mútua
- * Caminhada comunitária
- * Identificação recíproca e expressão de sentimentos positivos
- * Convivência com as lideranças locais
- * Problematização inicial das próprias posturas profissionais
- * Construção de uma relação inicial de cooperação
- * Identificação das fontes de informação
- * Visitas domiciliares de fortalecimento de laços com as famílias
- * Atuação constante e em dias e horários diferentes na comunidade
- * Observação-participante



2. Aprofundamento da ação na comunidade

- * Mapeamento sociopsicológico e ambiental da comunidade/território
- * Conhecimento dos problemas e necessidades locais
- * Identificação do potencial de ação coletiva da comunidade
- * Conhecimento da experiência acumulada dos moradores
- * Análise das atividades comunitárias e dos grupos existentes
- * Formação de círculos de cultura e círculos de encontro
- * Colaboração com os grupos comunitários existentes e criação de outros na área de saúde
- * Qualificação de moradores em processos e técnicas de grupo
- * Formação de lideranças democráticas
- * Articulação e cooperação entre os diversos grupos comunitários
- * Uso da pesquisa-ação-participante
- * Ações de prevenção e promoção em saúde
- * Formação de pontes ativas

3. Automanutenção do processo de saúde da comunidade

- * Fortalecimento das atividades comunitárias e criação de outras
- * Fortalecimento e desenvolvimento de lideranças democráticas
- * Avaliação e manutenção das atividades comunitárias de saúde
- * Construção da Agenda de Saúde da comunidade
- * Criação do Conselho Local de Saúde
- * Participação no Orçamento Participativo da saúde

4. Continuidade e ampliação do processo de desenvolvimento comunitário e da saúde dos moradores

- * Definição de novos problemas a pesquisar e a solucionar em saúde
- * Ampliação da atuação comunitária em saúde
- * Articulação da comunidade com os movimentos sociais de saúde
- * Realização do Fórum Comunitário de Saúde



5. Permanência de uma relação de co-construção da saúde e de co-gestão dos serviços de saúde

- * Criação da rede comunitária de saúde
- * Avaliação conjunta profissional de saúde, lideranças e grupos de moradores do processo de construção da saúde e da autonomia da comunidade para lidar com tal questão;
- * Integração com outras comunidades visando à construção conjunta da saúde na área ou regional;
- * Redefinição do tipo de relação serviços de saúde-associações de moradores, fortalecendo a co-gestão na atenção primária
- * Formação da rede municipal de saúde comunitária
- * Realização do Fórum Municipal de Saúde Comunitária
- * Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde

As fases apresentadas podem ser agrupadas em três grandes momentos, ou seja: *a)* inserção etnográfica e sociopsicológica, que inclui a fase 1; *b)* permanência e ação conjunta, que inclui as fases 2 e 3; *c)* continuidade da relação de co-construção e co-gestão da saúde, que inclui as fases 4 e 5.

Na inserção temos a clareza de estar entrando em uma subcultura e não apenas em uma área físico-social. Entra em jogo a contribuição da etnografia assim como a construção de um consenso comunitário sobre a delimitação e caracterização geral do território/comunidade, a realização conjunta do mapeamento sociopsicológico e ambiental do lugar e sua apresentação aos moradores, o consenso comunitário sobre as potencialidades e limitações da comunidade, e a aceitação recíproca profissional de saúde-morador. Na permanência se encontram a pertença e a ação conjunta, o profissional de saúde se percebe identificado com o lugar e com os problemas de seus moradores; também se vê como alguém que entende, vive e compartilha o dia-a-dia da comunidade, seus códigos e práticas. A comunidade o vê como um profissional que gosta de estar ali, que respeita os moradores, como alguém em quem se pode confiar e com quem trabalhar junto, alguém com quem se pode contar. Identificados, trabalhadores de saúde e moradores atuam juntos na comunidade, fortalecendo os laços de amizade e as práticas comunitárias de



saúde. Na continuidade da relação temos a co-construção e a co-gestão se dando efetivamente, práticas importantes para o fortalecimento do controle social na atenção primária, tanto no âmbito da comunidade e território como no de todo o município.

Nesse momento, de ampliação do processo de desenvolvimento comunitário e de permanência de uma relação de co-construção e co-gestão, por mais que os vínculos sejam fortes entre profissional e morador, há a possibilidade de o bom profissional sair do serviço de saúde daquela comunidade e, sem se dar conta, provocar sentimento de luto nos moradores (Castro, 2006), o qual traz como consequência o enfraquecimento das atividades de saúde até então realizadas na comunidade. Por essa razão, sua saída deve ser feita de modo que os moradores, notadamente as lideranças locais, sintam a perda sem deixar de continuar assumindo o papel que lhes cabe na co-construção e co-gestão da rede local de saúde. A situação pode agravar-se se o novo profissional for despreparado para lidar com o luto dos moradores.

Quando a saída do profissional é clara, bem conversada com a comunidade, até celebrada com festas de despedidas, os moradores entendem a situação (sabem que há esse momento em que ele vai embora dali, é transferido para outro lugar, é substituído por outro). Apesar do luto, seguem assumindo sua parte no processo de construção da saúde do lugar. Certamente, vão lembrar muito desse profissional, comparar o novo profissional com ele, pois permanecem o sentimento de amizade, a saudade e os vínculos criados durante o processo conjunto de gerar e fortalecer a saúde da comunidade. Fica a presença de um no coração e na mente do outro, a consciência da importância da participação comunitária e a lembrança de uma convivência afetiva e efetiva na saúde.



Capítulo 6 TÉCNICAS DE FACILITAÇÃO



OSER HUMANO é um ser de relação, de interação, necessita outros para sobreviver e desenvolver-se. Daí a importância do grupo social, um espaço da sociedade capaz de gerar encontro e renovação do indivíduo, do próprio grupo e da coletividade maior. É um lugar onde é possível aprender a tecer relações estáveis e nutritivas, interagindo, confiando, apoiando, compartilhando, confrontando, amando e buscando realizar metas de vida pessoal e coletiva. O grupo é, também, uma matriz da espécie e da vida revestida de uma forma cultural; lugar onde se entrelaçam o micro e o macrosocial. Um espaço da individualidade e, ao mesmo tempo, da coletividade.

Do ponto de vista de uma sociedade de classes, temos de convir que o grupo expressa a organização socioideológica da sociedade em que se encontra e, se esta for marcada por relações de dominação, possivelmente haverá a tendência do grupo em reproduzir essas relações autoritárias e individualistas. Essa é uma questão que deve ser considerada na facilitação dos grupos populares.

Os grupos sociais a que pertencemos são estruturas de relação que, a partir da prática, elaboram em nós tendênci-



as afetivas, estéticas, conceituais e de ação, as quais nos levam a dar uma resposta coerente aos problemas que se nos apresentam em relação a outros homens e à Natureza. É o sujeito coletivo, o grupo social, quem elabora essas tendências. . . Essas tendências têm dois caminhos possíveis: um para a reestruturação da sociedade, para sua renovação, e o outro, pelo contrário, para a consolidação das formas sociais dominantes, para sua conservação (Quiroga, 1982, p. 12).

Encontramos grupos os mais variados, desde grupos de natureza institucional, como a família, até os que se formam de maneira casual e por pouco tempo, como um grupo de turistas. Temos grupos populares, profissionais, políticos, sindicais, esportivos, artísticos, sexuais, de usuários da saúde, de lazer, de dependentes de drogas, de prostitutas, de traficantes, de estudo, de assaltantes e outros. Temos grandes e pequenos grupos, permanentes e temporários, primários e secundários, mas, de qualquer forma, todos eles constituem-se como proteção, orientação e aprendizado dos indivíduos em meio à coletividade, seja para destruir ou transformá-los para melhor.

Dentre os diversos tipos de grupo, o grupo popular é básico nos trabalhos de desenvolvimento social e de Saúde Comunitária, em virtude de sua capacidade de transformar e integrar o indivíduo e a comunidade. Como qualquer outro tipo de grupo, contém interações face a face, diretas, e pode propiciar o aparecimento de um clima sociopsicológico favorável à construção do conhecimento crítico, ao desenvolvimento humano, à mudança social e ao cuidado ambiental.

O grupo popular, considerado em Psicologia Comunitária e Saúde Comunitária, é um grupo de moradores de uma comunidade, lugar de interação e expressão de significados e sentimentos coletivos e individuais, de identificação e do conhecer e refletir sobre o modo de vida pessoal e do lugar. Nele se criam e se recriam condutas sociais e ambientais positivas, práticas de vida, libertação e cidadania. Enfim, o grupo popular pode ser um espaço social de construção de novos sentidos de vida e de realização comunitária.



A proposta de atuar com grupos populares, no próprio local de moradia dos participantes, prende-se ao fato de ser o meio comunitário a raiz que nutre a vida dos moradores e dos seus grupos, os quais se movem em um processo de interação, identificação e pertença, características de uma identidade social de lugar. Vemos na vida dos grupos de moradores um processo de grande importância com o propósito de contribuir para o oprimido romper com sua trajetória de vida sofrida e explorada, individualizada, cuja desembocadura é o fatalismo, fome, infecção, prisão, loucura ou morte por assassinato.

No grupo popular são facilitados processos sociais e humanos próprios do grupo e de cada participante, decorrentes da história e do modo de vida do lugar e do morador, implicando isso a dinâmica interna do grupo, o processo existencial de cada participante e a relação do grupo e de cada participante com o modo de vida da comunidade.

O processo interno do grupo diz respeito aos componentes de organização e desenvolvimento dos participantes e do próprio grupo. Implica a sustentação e apoio socioemocional, a superação de crise e outros problemas existenciais, o fortalecimento de interações psicológicas nutritivas, a comunicação aberta, o compromisso e a responsabilidade com as decisões e ações do grupo, a participação efetiva e a formação de uma individualidade saudável e crítica. Por outro lado, a relação do grupo com a comunidade diz respeito às relações intergrupais de busca de resolução dos problemas coletivos e potenciação do lugar, significa a cooperação entre os grupos de moradores para o desenvolvimento da vida comunitária.

Existem diversos tipos de grupos populares e todos eles são importantes no desenvolvimento dos moradores. Estes procuram os grupos que estejam de acordo com seus interesses e necessidades, como: teatro, música, oração, esporte, festa, política, mutirão, produção, etc. Esses grupos têm importante papel na construção da saúde da comunidade e representam espaços potenciais de crescimento pessoal, familiar e comunitário. Além desses grupos populares outros podem ser formados, como os grupos de usuários dos serviços locais de saúde e assistência so-



cial.

Não pretendemos aqui descartar, em Saúde Comunitária, o atendimento ambulatorial individual, pois reconhecemos seu papel no processo de recuperação da saúde do morador. Entretanto, damos prioridade à interação social, ao processo grupal como condição básica para a construção da saúde da comunidade e de cada morador.

Segundo Góis (2005), o grupo popular pode apresentar em sua dinâmica certas fases que devem ser compreendidas e consideradas na facilitação do seu processo de desenvolvimento. Vejamos cada uma delas:

1. Contexto de opressão e exploração, indivíduos individualizados e dependentes

- * Relação de dependência entre profissional e morador, cada um espera que o outro atue em seu benefício
- * Presença de lideranças assistencialistas/paternalistas
- * Maior frequência de consciência semi-intransitiva ou mágica
- * Fase grupal ausente ou de agregação
- * Expressão de necessidades pessoais de forma individualizada e confusa

2. Problematização do modo de vida da comunidade

- * Aumento da interação profissional-morador, possibilitando o início de diálogo entre eles
- * Presença de lideranças comunitárias consultivas
- * Maior frequência de consciência mágica e transitiva ingênua
- * Fase grupal radial, centrada no profissional e na liderança
- * Expressão de necessidades individuais claras e de necessidades coletivas de satisfação imediata.

3. Surgimento da ação reivindicatória/protesto/participação popular

- * Diálogo-problematizador mais presente
- * Maior expressão e busca de associação
- * Presença de lideranças consultivas e participativas
- * Maior frequência de consciência transitiva ingênua e crítica



ca

* Fase grupal de intercâmbios

* Percepção mais clara das necessidades do grupo e da comunidade

4. Aumento da capacidade de mobilização social e luta

* Emergência de novas lideranças, integração das diferenças e decisão por consenso. Diminuição do medo e elevação da auto-estima e coragem

* Presença de lideranças participativas e educadoras (animadores populares)

* Maior freqüência de consciência transitiva crítica e histórica;

* Fase grupal integrativa e comunitária

* Integração entre necessidades individuais e necessidades do grupo e da comunidade

5. Construção de um contexto de educação e autonomia

* Educação permanente, desenvolvimento do processo de liderança

* Aceitação de novas lideranças e ampliação dos objetivos além do grupo e do ato reivindicatório, em busca do controle do sistema de ação histórica da comunidade

* Aceitação de que todos os membros são lideranças no próprio grupo (direção colegiada)

* Presença de lideranças educadoras (animadoras, revolucionárias)

* Maior freqüência de consciência histórica e pedagógica

* Fase grupal comunitária e política

* Percepção das necessidades da sociedade e sua integração com as necessidades da comunidade, do grupo e do morador

* Aquisição de uma prática revolucionária e articulação com os movimentos sociais.

A facilitação de grupos populares exige certos conhecimentos sobre a vida da comunidade e de seus grupos, bem como métodos e técnicas de facilitação, de como lidar com seu processo, torná-lo favorável ao crescimento do grupo e de seus própri-



os participantes, de como criar condições para que seja capaz de influir no contexto da comunidade e da sociedade como um todo.

Para se trabalhar com grupos populares e mesmo com atendimentos individualizados ou outras ações de saúde, podemos lançar mão de inúmeras abordagens, técnicas e práticas de facilitação e de atendimento, obviamente visando à construção da saúde da comunidade e de cada morador. Vejamos algumas: círculo de cultura, círculo de encontro, roda de conversa, reunião de quarteirão, sarau literário, história de vida, contar estória, caminhada comunitária, comissão ativa, ginástica, expressão corporal, grupo de lazer, grupo de criatividade, grupos de hipertensos e de diabéticos, grupo de prevenção de gravidez na adolescência, grupo de gestantes, grupo de saúde bucal, alfabetização de adultos, grupo comunitário de produção, útero, mutirão, biodança, psicodrama público, sociodrama, teatro do oprimido, teatro de rua, cinema na comunidade, sociopoética, terapia comunitária, terapia familiar, ioga, meditação, grupo de auto-ajuda, grupo de poliqueixosos, grupo de idosos, arte-identidade, arte-educação, arte-terapia, teatro do oprimido, intervenção de crise, terapia breve, consulta médica, entrevista de ajuda, massagem terapêutica, estimulação cognitiva em grupo, relaxamento/regressão, terapia da respiração, visita domiciliar, grupo de retorno psiquiátrico ambulatorial, uso de medicamentos, acupuntura, *tai chi chuan*, chás medicinais, acompanhamento terapêutico, cuidadores comunitários, exercício físico e alimentação, informes de saúde, seminários/palestras, programa de saúde em rádio comunitária, encontros de juventude, espaço cultural na comunidade, capoeira/outros esportes, proteção à mulher e à criança ameaçada e maltratada, ação jurídica popular e acompanhamento de jovens em liberdade assistida.

A seguir, descreveremos algumas desse leque de possibilidades, as quais podem ser utilizadas de acordo com o enfoque biocêntrico da saúde, levando-se em consideração seus objetivos, a situação dos participantes, os procedimentos e as distintas situações com as quais os profissionais se deparam no cotidiano do lugar e que estão relacionadas com a saúde dos moradores e a cultura local. O importante não é a abordagem ou a técnica em



si, mas sim o sentido de sua utilização na perspectiva de uma práxis de vida, libertação e cidadania.

CÍRCULO DE CULTURA

Processo de grupo popular desenvolvido por Paulo Freire como espaço reflexivo e participativo, adequado à alfabetização de adultos. Posteriormente, passou a ser utilizado para outros tipos de ação popular baseada no método *Ver-Julgar-Agir* da Teologia da Libertação, favorecendo a discussão democrática e a conscientização.

Parte do princípio de que a democracia se constrói dentro de um aprendizado que se realiza por meio de uma educação problematizadora, crítica e de inserção em um mundo real. Contrapõe-se à educação bancária, depositadora de conhecimento sem reflexão, sem pergunta. Por isso, o encontro entre os que aprendem transformando o mundo em que vivem é o encontro dialógico próprio do aprendizado da libertação. Cada indivíduo, no círculo, frente a frente com os outros, vai dizendo sua palavra e ouvindo a dos demais, atento, receptivo e integrado com o que se vive e o que se pretende construir.

O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não a querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito. É preciso primeiro que, os que assim se encontram negados no direito primordial de dizer a palavra, reconquistem esse direito, proibindo que este assalto desumano continue. Se é dizendo com que, “pronunciando” o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Por isso, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro,



nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes. Não é também discussão guerreira, polêmica, entre sujeitos que não aspiram a comprometer-se com a pronúncia do mundo, nem com buscar a verdade, mas com impor a sua. Porque é encontro de homens que pronunciam o mundo, não deve ser doação de pronunciar de uns a outros. É um ato de criação. Daí que não possa ser manhoso instrumento de que lance mão um sujeito para conquista do outro. A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens (Freire, 1979, p. 93).

O círculo de cultura faz parte do eixo metodológico que parte de uma educação como prática de libertação. Círculo quer dizer o modo como as pessoas estão sentadas fazendo a palavra “circular” por entre todas, estando cada uma em pé de igualdade para falar e ouvir atentamente. Cultura, porque todos ali têm um conhecimento e uma experiência de vida, fazem parte daquele lugar; pensam, agem, criam e têm algo a dizer para os outros, contribuindo para o conhecimento coletivo e a transformação da realidade.

O círculo de cultura é coordenado por um agente externo ou interno, chamado de animador, responsável por organizar as fichas de cultura e as palavras geradoras, estímulos culturais levantados no cotidiano geral do oprimido (fichas de cultura) e dos participantes (palavras geradoras). Estas são extraídas do universo vocabular dos participantes. São palavras que refletem a realidade opressora e o modo de vida do lugar. Servem para a problematização da vida que levam, das condições de opressão e dos modos de ação para transformá-las. Aparecem combinadas a fotos ou gravuras que as expressam visualmente, ligando a reflexão às condições concretas de vida dos moradores participantes.

Excetuando o objetivo de alfabetização, as fichas e as palavras são utilizadas, em Psicologia Comunitária e Saúde Comunitária, com os mesmos objetivos: a integração do grupo, o aprofundamento da consciência, a problematização da saúde, a descoberta do sujeito do mundo e o desenvolvimento comuni-



tário.

O método educativo de Paulo Freire tem como finalidade conscientizar os oprimidos da realidade da opressão. Criticamente conscientes dela, então, serão capazes de realizarem a ação para a superação das realidades opressoras e se libertarem como sujeitos do próprio processo libertador.

O método tem, pois, nos oprimidos os sujeitos da própria libertação. A luta é, assim, deles. O importante é que lutem como homens (sujeitos) e não como “coisas” (objetos). Segundo o nosso autor, eles, os oprimidos, não podem comparecer à luta quase como “coisas”, para depois serem homens. Devem reconhecer que são homens destruídos. Somente assim serão capazes de se libertarem como pessoas. Assim, pois, segundo Paulo Freire, “a luta por esta reconstrução começa no auto-reconhecimento de homens destruídos”. Este reconhecimento é dado pelo método psicossocial libertador, como no-lo propõe Freire e no qual os oprimidos percebem como estão sendo, isto é, “menos” para lutarem para o que devem ser, isto é, “ser mais”, mais pessoas para realizarem a sua vocação histórica (Simões Jorge, 1981, p. 27).

Criado inicialmente para atender ao processo grupal do método de alfabetização proposto por Paulo Freire, o autor e Ruth Cavalcante, em 1981, adaptaram o círculo de cultura a inúmeras situações e objetivos, trabalhando nele temas variados da realidade social e humana, visando à construção coletiva do conhecimento, o desenvolvimento humano, a mudança social e o cuidado ambiental. Usamos o círculo de cultura como um processo de grupo em distintas atividades, no ensino-aprendizagem, no desenvolvimento de grupos de trabalho, na ação básica de saúde, na educação ambiental e no desenvolvimento comunitário. Atuamos com ele na sala de aula, no setor de trabalho, na clínica, nos bairros, nas associações comunitárias, sindicatos e outros lugares.

Uma de suas tantas variações é a roda de conversa, proposta pela Pastoral da Criança e largamente usada no trabalho comu-



nitário com o objetivo inicial de trabalhar a sexualidade e a afetividade na comunidade.

Entendemos que a palavra “roda” é mais chamativa que a palavra “círculo”, mas não podemos ficar inventando a roda, mas sim adequando-a às diversas situações, mencionando a sua origem, no caso, o círculo de cultura e todo o pensar paulofreiriano que o fundamenta, pois não estamos diante somente de uma técnica grupal, mas diante de uma nova concepção a respeito da construção do conhecimento e da consciência, da educação e da transformação social.

CÍRCULO DE ENCONTRO

É um processo de grupo incluído no processo de desenvolvimento dos grupos populares. Foi criado pelo autor em 1982, a partir das contribuições de Paulo Freire, Carl Rogers e Rolando Toro.

O círculo quer dizer a distribuição das pessoas na forma de círculo, face-a-face, como no círculo de cultura. Encontro significa estar em profundidade com o outro, em seu momento existencial, em seu fluxo interior, como no grupo de encontro. É também estar presente no coletivo, numa prática comunitária (pela fala profunda, o diálogo e o gesto), na qual os participantes se entendem e se ajudam, identificam-se uns com os outros, compartilham suas existências, seus sofrimentos, enfermidades e sonhos. No encontro, a palavra e o gesto expressam a vida de cada um.

O círculo de encontro é um processo de grupo em que os participantes lidam com as condições sociopsicológicas do grupo e a transformação delas. Diz respeito às interações internas e externas do grupo e o modo de compreender e lidar com elas em suas dimensões política e sociopsicológica. Trabalha-se nele o diálogo libertador, o discurso reflexivo, a história e o drama coletivo e individual, a integração grupal, a circulação de idéias e informações, a desinibição, as angústias e o companheirismo, a expressão corporal, o apoio socioemocional, a expectativa de futuro e o cotidiano de cada um.

Em Saúde Comunitária, pode ser usado também para facilitar os processos de vida dos moradores portadores de hipertensão, diabetes ou os que estão em programas de redução de da-



nos e em situação de crise.

RODA DE QUARTEIRÃO

Processo de grupo baseado no círculo de cultura e voltado para a integração e desenvolvimento de moradores de um quarteirão. Visa trabalhar a vizinhança em suas necessidades comuns de resolução de problemas, convivência afetiva, percepção do cotidiano da rua e o potencial de realização de atividades relacionadas com cultura, ecologia, esporte, saúde, trabalho, educação, moradia e outros temas que surgem no desenrolar do processo grupal. Este é rico de conversações, reflexões, brincadeiras, festas e dramatizações que mostram a história e o cotidiano da comunidade e do quarteirão.

Pretendemos com a roda de quarteirão fortalecer o sentimento de vizinhança, a solidariedade e a cooperação entre os moradores, mais a vontade coletiva de lutar em favor de sua comunidade. Resulta isso em ações que se estendem para objetivos maiores da comunidade, não ficando elas somente nas necessidades e limites do quarteirão.

Precisamos atentar para o fato de que não se pode fazer, de imediato, a roda em qualquer casa da rua, pois a maior presença dos moradores vai se dando quando o local coincide com a casa de um morador reconhecido na rua como alguém que colabora com os vizinhos.

RODA DE HISTÓRIAS DE VIDA

Método conhecido em pesquisa qualitativa assume aqui papel importante na facilitação do processo individual e de grupo, pois se entende que narrar ou contar a sua história de vida permite que o contador se recrie e recrie o grupo.

Quando o narrador começa a falar, sua fala aos poucos vai desenhando com clareza no clima de atenção do grupo a jornada, sua história, seus caminhos e momentos, seu nascimento, sua infância e adolescência, sua vida adulta e velhice, suas buscas, sonhos, sofrimentos, medos, frustrações, desamparos, situações engraçadas e tristes, alegrias, amizades, amor, prazer, descobertas, incertezas, coragem de seguir adiante. O grupo escuta, presta



muita atenção e identifica-se com o narrador, se solidariza, permanece num silêncio que é de curiosidade e consideração com quem narra sua história de vida.

Há muita empatia e aceitação, há espontaneidade no falar e no ouvir, uma cumplicidade existencial entre os participantes que, em roda, sentados no chão ou em cadeiras e bancos, vão compartilhando suas existências, o projeto de vida, desvelando a si no ato de revelar sua história para o grupo, os caminhos por onde já passou e o olhar que tem para diante, sua visão de futuro. Cada história leva de vinte a trinta minutos, algumas mais e outras menos, não há um tempo preestabelecido, mas fica claro no início que é importante cuidar do tempo, para que cada participante tenha a sua vez naquela sessão ou em outra. Às vezes o grupo fica o dia inteiro contando histórias de vida, quando o local é apropriado a isso e os participantes decidem estar por todo o dia compartilhando de suas histórias. O que o facilitador faz é convidar e encorajar os participantes a contarem suas histórias de vida, escutar, perguntar muito pouco e, em certos momentos, permanecer numa escuta ativa, cuidar do grupo e, também, contar sua história de vida.

CONTAR ESTÓRIA

De modo geral as crianças, jovens, adultos e idosos, letrados e não letrados, gostam de ouvir histórias, boas e bem contadas histórias. Histórias de ficção, de dramas, de boatos, de assombração e histórias sobre pessoas, lugares e povos. Gostam de saber das histórias e também das do próprio lugar onde vivem o dia-a-dia, do que se passou ali há muito tempo ou recentemente.

Todos os povos têm e gostam de contar e ouvir histórias, em volta da fogueira, na sala, na calçada, na praça, em vários lugares, sentados em roda, atentos, ouvindo, vendo e sentindo o contador com sua fala, entonação, silêncios, expressões e gestos, tudo contribuindo para os ouvintes mergulharem no mundo da imaginação e dos sentimentos, das belas palavras, como é comum se dizer no povo guarani quando as palavras são profundas, carregadas de sentimentos e fazem sentido para a vida deles. Contar histórias é uma arte, o contador de história é um artista e as



estórias produzem um bem-estar individual e grupal.

No meio popular, um dos lugares adequados para contar estórias é o quarteirão, na calçada ou, quando não há, numa área em frente à casa de alguém que os vizinhos apreciam. Pode-se levar um contador de estória de fora e, também, procurar identificar quem da comunidade sabe contar estórias. Assim, se valoriza o contador de estória do lugar e se criam laços entre ele e os moradores dos diversos quarteirões por onde ele passa. O contador de estória que mora na própria comunidade pode ser um agente de integração dos quarteirões e de desenvolvimento da comunidade, um facilitador cultural e de saúde do lugar, mediante o interesse e envolvimento despertado por suas estórias nos moradores.

Contar estória faz parte da tradição oral, da transmissão e recriação da cultura e da existência humana. Contar estória é uma forma de resistir e enfrentar com idéias e sentimentos coletivos despertados e recriados pelas estórias nos próprios ouvintes que, também, dialogam, se emocionam, perguntam, comentam alguma passagem, no momento, com o contador e com os outros ouvintes.

Segundo Pacheco et al. (2006, p. 41), do Ponto de Cultura Grãos de Luz e Griô, oong de Lençóis, Bahia, o ato de contar estória releva a tradição oral e a vida do povo oprimido.

Reconhecer a tradição oral é considerar que o patrimônio cultural brasileiro não se reduz ao que está escrito nos livros e, portanto, não é propriedade das pessoas alfabetizadas ou letradas. É considerar que o patrimônio cultural é também formado por um tesouro vivo de bens imateriais que são transmitidos oralmente de geração em geração em diversas áreas do conhecimento, não apenas nas artes e na religião. Existe um sistema de educação informal, uma cultura que resiste ao ciclo intergeracional da pobreza.

CAMINHADA COMUNITÁRIA

Andar pela comunidade é muito mais do que simplesmente passar pelos lugares, é olhar para cada ponto, cada lugar, cada morador, cada situação que se apresenta no local da andança,



com um olhar sensível e perceptivo. Um olhar que une o etnográfico ao psicológico, um olhar etnopsicológico alicerçado no compromisso social, um olhar amigo que busca compreender a comunidade do ponto de vista científico, vivencial e solidário.

A caminhada comunitária é um andar realizado em grupo, no qual se juntam para caminhar pelas ruas da comunidade profissionais de saúde e moradores, com o fim de conhecer os locais, as pessoas, ver situações, ouvir histórias, saber da história do lugar, dar-se a conhecer e estabelecer laços de convivência, estar mais dentro e por dentro do cotidiano do lugar. A caminhada comunitária quer dizer um andar coletivo visando olhar junto, compreender junto e atuar junto.

À medida que caminham conversam, trocam impressões, comentam, perguntam, sentem cada momento, se assustam, riem, param em algum lugar, conversam com outros moradores, se esclarecem sobre as situações e locais, conhecem e convivem. O próprio morador que caminha junto descobre coisas que não conhecia da comunidade, conversa com pessoas que antes não conhecia.

É importante caminhar em diversos momentos e horários, ora pela manhã, ora pela tarde e outras vezes pela noite, caminhar durante a semana e durante os fins-de-semana. Assim, pode-se realmente conhecer o cotidiano da comunidade, suas atividades e modos de estar em cada momento da semana ou período do dia.

Tanto para o profissional de saúde como para o morador que participa da caminhada comunitária, esta gera um pertencer e um sentido maior da vida da comunidade, um conhecimento impossível de se obter ficando dentro de um posto de saúde, de casa, ou andando pelo lugar sem prestar devida e profunda atenção, só possível numa postura vivencial e etnográfica de interesse genuíno, compromisso social e solidariedade.

COMISSÃO ATIVA

Em geral, as atividades comunitárias, quaisquer que sejam, necessitam de pequenos grupos formados em reuniões, como as comissões ativas, com a finalidade de que o encaminhamento



das decisões tomadas nas reuniões e assembleias comunitárias possa ser realizado.

As comissões têm a responsabilidade de pôr em prática as decisões da comunidade, funcionando como coordenações dos trabalhos que precisam ser realizados, no sentido de atrair, orientar e organizar os moradores em torno de uma ou mais ações específicas, como: convidar os moradores para reunião; organizar mutirão; divulgar as atividades comunitárias; preparar ato público contra a violência; organizar festa ou passeio; representar a comunidade em algum órgão público; participar de reuniões em outras comunidades; fazer o levantamento histórico do lugar; participar de pesquisa-ação-participante; distribuir folhetos de alguma luta ou pregar cartazes; e participar do orçamento participativo.

GRUPO COMUNITÁRIO DE PRODUÇÃO

As comunidades, em geral, procuram saídas econômicas para seus problemas. É comum nas reuniões temas como padaria, horta, confecção, casa de farinha e outros apresentados como respostas a um conjunto de necessidades dos moradores. É óbvio o nível de carência do povo oprimido. Falta tudo. Desse modo, as pessoas procuram beneficiar-se com algum tipo de atividade produtiva que venha gerar ou aumentar a renda familiar.

Nessa direção os órgãos públicos de ação social, as entidades filantrópicas nacionais e estrangeiras, as igrejas e mesmo as universidades, procuram contribuir com as comunidades mediante projetos de atividades produtivas. São respostas imediatas para necessidades que precisam de satisfação imediata por meio do trabalho solidário.

Quando esses projetos surgem no processo de construção da vida comunitária, de ações-participantes ou de pesquisas-participantes, num certo nível do processo de realização e desenvolvimento das atividades comunitárias, eles são de extrema valia. Atendem à necessidade imediata, razão do projeto, e impulsionam à participação e mobilização dos moradores em outras atividades produtivas e associativas. Faltando essas condições, que surgem num certo momento do trabalho comunitário, os prejuí-



zos são grandes, pois geram conflitos e desconfianças, práticas individualistas e às vezes corruptas.

É necessário compreender o processo grupal, como o que se encontra descrito no início do Capítulo 6, onde tratamos das fases da dinâmica do grupo popular. Entendemos que os projetos devem chegar, quando de fora para dentro da comunidade, no momento do surgimento da ação reivindicatória, o protesto e a participação mais clara e efetiva dos moradores (fase 3 do processo grupal). Quando isso não ocorre, é possível que o grupo popular formado não consiga construir o significado comunitário e a mobilização social pretendida pelo projeto, o qual, muitas vezes, por isso, tende a se acabar, ser abandonado pelos moradores por causa do individualismo, de conflitos mal superados ou do seu controle excessivo por uma liderança para usufruto próprio, geralmente em parceria com algum vereador ou deputado.

MUTIRÃO

Forma de ação-participante empregada por comunidades para resolver problemas específicos que exigem trabalho coletivo, reduzindo esforços, custo e tempo dos moradores. Visa integrar as pessoas em atividades comunitárias que resolvam problemas concretos e imediatos, beneficiando um morador, dois, alguns ou toda a coletividade, tais como preparar a terra de um deles para plantio; consertar ou construir casas para alguns moradores; construir açudes ou limpar o mato das praças; construir dezenas de moradias ou casas de farinha; cavar poço ou cacimba; construir grupos escolares ou postos de saúde; limpar as margens do riacho; tirar o lixo das ruas ou a água estagnada, entre outras atividades comunitárias.

A comunidade assume desde a definição do problema a resolver imediatamente e o planejamento da ação até a execução e sua avaliação, pois isoladamente os moradores não poderiam realizar tal ação, em razão de os recursos e do tempo disponíveis de cada um não serem suficientes quando individualizados.

UTERO — UNIDADE DE TRABALHO



E EMPREENDEDORISMO ORIENTADO

Vários estudos apontam para a dificuldade que a população jovem (quinze a vinte e quatro anos) está vivendo ao procurar engajar-se no mercado de trabalho. Há um paradoxo ao tentar obter a primeira experiência de trabalho formal, pois um dos principais requisitos para o trabalho vem sendo a experiência anterior. Tal configuração implica aumento do trabalho informal, cujas condições em que se realiza colaboram apenas para o aumento da vulnerabilidade e risco do segmento jovem da população pobre.

Diante dessa situação, temos os problemas agravados e mais evidenciados no âmbito municipal, por ser este o lugar mais imediato e concreto da vivência do jovem, onde ele deseja construir sua vida e realizar seus sonhos. Atualmente, em vez de tratar a questão da juventude como problema social, muitos municípios passam a incentivar a participação dos jovens por considerá-los capazes e responsáveis pela construção coletiva de suas vidas.

Em tal situação, o Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, por intermédio de uma equipe de profissionais (Nara Diogo, Eveline Chagas, Fábio Porto, Íris Bomfim e Rozane Alencar) sob a orientação e supervisão do autor, desenvolveu uma proposta na forma de um modelo a ser adaptado à realidade de cada município. Esse modelo, o Utero — Unidade de Trabalho e Empreendedorismo Orientado — caracteriza-se pela permanente capacitação e fomento ao empreendedorismo jovem, baseando-se na lógica da economia solidária, no fortalecimento dos grupos produtivos locais e na formação de parcerias com diversas instituições, fomentando a criação e execução de ações geradoras de trabalho e renda para os jovens (IPE, 2005).

No Utero os jovens podem participar de diversos espaços, chamados laboratórios (Laboratório de Crescimento Pessoal, Laboratório de Competências para o Trabalho e Laboratório de Criação de Empreendimentos), onde vão desenvolver suas competências pessoais, sociais e laborais, bem como suas habilidades de gestão e construir seu projeto de vida. Há também a preparação de grupos de jovens que desejam associar-se, ou grupos produtivos já existentes, para o processo de incubação do empreendimento, gerando



também um banco de idéias a respeito de possíveis empreendimentos com diferenciais mercadológicos. Prevê ainda a articulação com instituições responsáveis por oportunidades de trabalho, que atuam na intermediação dessa mão-de-obra, facilitando o processo de busca do primeiro emprego. Propõe-se fomentar o voluntariado e o estágio como formas adequadas ao jovem para que possa adquirir experiência e conhecer atividades profissionais.

A metodologia utilizada pautou-se no método dialógico-vivencial desenvolvido por Góis em 1984, por compreender que o processo de aprendizagem não acontece de modo mecânico, por transferência de conhecimentos, mas decorre fundamentalmente da interação entre pessoas diferentes dentro de um contexto propício à participação, à reflexão e à afetividade.

Compreendemos também que o cultivo de um ambiente de participação e encontro é necessário para desenvolver habilidades e competências exigidas não somente pelo mercado de trabalho, mas para a construção de uma sociedade mais justa e solidária. Desse modo, é possível construir um conhecimento com significado coletivo, com base na experiência acumulada de cada jovem envolvido no processo. Para tanto são utilizados instrumentos como o círculo de cultura, círculo de encontro, jogos criativos, recursos artísticos, Biodança, Sociodrama, Arte-identidade, entre outros.

O Utero visa fomentar o empreendedorismo solidário e fortalecer a relação dos jovens com o mundo do trabalho, contribuindo para sua formação humana e social, mediante a estimulação do autoconhecimento e da auto-estima do jovem, buscando a integração de suas experiências de vida na construção de suas identidades como atores sociais; auxiliar o processo de tomada de decisões e a facilitação de experiências mobilizadoras de desenvolvimento, colaborando com a construção do sujeito do trabalho; estimular, preparar e criar novos negócios baseados na economia solidária e no desenvolvimento local, gerando condições prévias para uma ação mais objetiva da atividade de incubação de empreendimentos; gerar informações sobre juventude e trabalho no município; e articular parcerias com instituições locais, visando à criação e execução de ações geradoras de trabalho e renda para os jovens.



No ano de 2006, a proposta do Utero deu a Eveline Chagas Lemos, psicóloga e assistente social do Instituto Paulo Freire do Ceará, hoje trabalhando na rede de saúde mental de Fortaleza, o Prêmio Juventude pelo segundo lugar obtido na categoria graduação. A proposta foi escolhida entre 287 trabalhos analisados por comissões julgadoras formadas por parceria entre a Secretaria Nacional de Juventude da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Ministério da Ciência e Tecnologia e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Este último selecionou os trabalhos entre artigos científicos e redações com base nos seguintes critérios: consistência do artigo e da redação em relação à temática escolhida; impactos dos resultados esperados e benefícios potenciais para o avanço do conhecimento em relação à temática e à promoção de políticas públicas; originalidade da abordagem; e qualidade do texto quanto ao conteúdo e quanto à forma de apresentação (adaptação de um texto do Projeto Utero, de Nara Diogo e Fábio Porto, 2004, realizada por Góis, 2006).

BIODANÇA

Proposta de desenvolvimento humano criada em 1965 pelo chileno Rolando Toro. Concebe o indivíduo como ser biocêntrico, quer dizer, orientado pela vida. Toro (1991) a define como “Um sistema de integração afetiva, renovação orgânica e re-aprendizagem das funções originárias da vida”. Integração afetiva significa a integração sutil e plena entre percepção, motricidade, afetividade e funções viscerais, considerando a afetividade como núcleo integrador; Renovação orgânica é a manutenção dos processos de renovação e regulação das funções biológicas, gerando mais neguentropia e mais complexidade; Re-aprendizagem das funções originárias da vida significa a expressão e fortalecimento de estilos de viver e não de adoecer.

O objetivo da Biodança é a criação de um processo grupal favorável à expressão e fortalecimento da identidade-amor, mediante vivências de vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência, que veremos a seguir.



Vitalidade

É o impulso vital e a capacidade de mover-se com potência no mundo, com combatividade e regulação. A tônica é a sobrevivência e a construção de uma individualidade a mais da espécie — a ontogênese emergindo da filogênese e se abrindo à construção de caminhos próprios de diferenciação e integração. A força, o ímpeto, a energia vital, o vigor e a consistência biológica e existencial são manifestações da vitalidade. É a potência, a coragem e a ousadia de viver.

Toro (1991) considera como índices de vitalidade: tolerância ao esforço, vitalidade do movimento, estabilidade neurovegetativa, potência dos instintos, resposta imunológica, resistência ao estresse, elasticidade das artérias, plenitude da onda eletrocardiográfica e pressão arterial, plenitude da onda respiratória, estado nutricional, respiração, temperatura corporal e capacidade de luta (ataque e fuga).

Sexualidade

A sexualidade natural leva o animal a buscar companheiro(a) para o acasalamento, com “jogos de sedução” que envolvem danças, cores, sons, cheiros, cantos, grunhidos e outros meios. Entretanto, a sexualidade humana vai além desse limite, pois difere da sexualidade de outros animais em virtude de sua complexidade cultural. No ser humano, a sensualidade e a genitalidade, os dois aspectos da sexualidade, ganham refinamentos estéticos, lúdicos e afetivos, onde não só a reprodução e a perpetuação da espécie estão em jogo, senão também o prazer, a possibilidade de amar e ser amado, a continuidade do mundo cultural e a presença do ser no mundo. O padrão biológico sexual da espécie é superado na própria vivência da sexualidade.

Toro (1991) considera como índices de sexualidade: eros indiferenciado, capacidade de oferecer contato, busca de contato, ausência de culpabilidade, capacidade de *feedback* erótico, compressão-descompressão progressiva, sedução, expressão do desejo, sensibilidade às carícias, euforia dionisíaca, sensibilização corporal, sensualidade, genitalização, calor



erótico, capacidade para assumir o próprio padrão de resposta sexual, erotismo diferenciado e capacidade de obter prazer.

Criatividade

Criar significa transformar, inovar, crescer, mudar a si e ao mundo, ato que se origina no processo criativo que abrange tanto o Universo em evolução (nebulosas galáxias, estrelas, planetas), como a divisão, renovação e integração celulares, e as formas mais sensíveis e complexas da criação humana, por exemplo, uma sonata, uma pintura ou, até mesmo, um conhecimento ou uma tecnologia.

Toro (ibidem) enfoca o desenvolvimento da criatividade passando por quatro etapas de um processo complexo que envolve a expressão primal pela liberação da voz e do movimento, a integração yin-yang, a comunicação expressiva e a elaboração criativa plena.

Afetividade

Sua origem encontra-se na afinidade entre os elementos, no tropismo, na ressonância ecológica e na atratividade cósmica. A afetividade humana, ou vivência da afetividade, surge dessa instância antiga, como as demais vivências, para transformar-se em expressão humana de carinho, ternura, amizade, intimidade com o outro, proteção e solidariedade. É a fonte da ética, o caminho pelo qual o ser humano constrói com os outros uma sociedade democrática e amorosa — de cidadãos.

Transcendência

O ser humano tem a capacidade de abrir-se à vivência do todo, de sentir-se maior, portanto, criatura e criador, participante de uma tessitura cósmica complexa e sagrada — Biocêntrica. Ele é capaz de ir além de seus limites comuns e abarcar circuitos de totalidade por meio do aumento de sua permeabilidade Eu-Universo. Nesse diálogo de silêncio se aprofunda na harmonia e na relação mística com o Cosmos.



Facilitando a expressão dessas vivências por um método grupal que integra música, dança e vivência, a Biodança cria um espaço de encontro, em que os participantes conversam sobre suas vidas, dançam e fortalecem um modo de viver baseado numa nova sensibilidade perante a vida. A preocupação imediata é facilitar a expressão da identidade pessoal. Seguindo uma linha de ação cujo centro é a vivência de cada um em conexão com ele mesmo, com outro ou com vários outros, mediante exercícios semi-estruturados demonstrados pelo facilitador, às vezes só ou com a colaboração de um ou mais participantes, e realizados por todos os participantes, são deflagradas vivências profundas de integração nas áreas da vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência.

Denominamos esse espaço de sessão de Biodança, lugar no qual é concentrada com profundidade uma gama de gestos e sentimentos vividos no cotidiano de forma muitas vezes superficial, reprimida, esparsa e racionalizada. A sessão contém situações de movimento, expressão e comunicação (dança), propiciadoras da deflagração de potenciais de vida existentes em cada participante. A dança começa na forma de exercícios, ou melhor, movimentos sensíveis, integrados e com sentidos de vida. Depois ganha contornos próprios dentro da estrutura de movimento do participante. A estrutura dos exercícios é semi-aberta, favorecendo ao participante encontrar, a partir daí, seus gestos singulares e profundos, sem reproduzir o seu jeito encoraçado (corporal) comum de se mover e de viver. Os exercícios resgatam gestos de vida encontrados no cotidiano de cada pessoa e nas experiências dos diversos povos em diferentes épocas de suas histórias. Por meio deles busca-se estimular vivências de vinculação a si mesmo, à espécie e ao universo.

O grupo de Biodança facilita um clima de confiança e abertura propiciado pela presença suave, terna, receptiva e disponível dos participantes em viver essa nova maneira de expressar a vida, permitindo com isso a cada um conectar-se, cada vez mais, com a sua própria identidade e com a do outro. Esse processo grupal realiza-se em duas fases: uma verbal e outra vivencial. A



fase verbal ocorre no início e abarca, aproximadamente, um terço do tempo de duração do processo do grupo; o tempo restante, os dois terços, é para a dança, momento de intensificação das vivências.

Na parte verbal, os participantes estão descalços e sentados em círculo, no chão. Usam roupas leves e descontraídas. Nesse momento a dinâmica é dialógica e acontece de alguns modos, como o compartilhar de histórias de vida e de momentos existenciais. São experiências vividas no próprio grupo, como descobertas, mudanças, prazer, coragem, alegria, medo, angústia, dificuldade de movimentação, encontros etc. O participante expõe o que pensa e sente, enquanto outros fazem comentários ou mesmo, em alguns momentos de maior intensidade emocional, alguém identificado existencialmente com o instante de quem fala o abraça com carinho. Na intimidade verbal posturas propiciadoras de encontro e crescimento, como congruência, aceitação e empatia (Rogers, 1977), são consideradas e estimuladas no grupo.

Na parte vivencial, quando os participantes retornam de um breve intervalo, após a parte verbal, são convidados pelo facilitador a formarem uma roda, de mãos dadas e em pé. Nesse instante, o facilitador comenta os exercícios e, depois, convida os participantes a dançar com um exercício, que pode ser uma roda de iniciação ou outro. É estimulado o movimento, a expressão, a comunicação e o encontro entre eles. Ao final da sessão, o facilitador a encerra, em geral, com uma roda de celebração, com abraços afetivos e alegres, ou com danças euforizantes. São celebrados os instantes vividos no grupo, o encontro vivido entre eles.

Nessa fase, a expressão da identidade pessoal e do grupo vai intensificando-se progressivamente, por meio das vivências de vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência.

No meio popular, empregamos a Biodança de uma maneira teórica e metodologicamente adequada aos participantes, ao modo de vida do lugar e à subjetividade social da comunidade. A essa adequação denominamos de Biodança Comunitária, uma forma de se trabalhar com Biodança a partir da Educação Bio-



cêntrica e da Saúde Comunitária.

É importante frisar que a Biodança não é uma psicoterapia de grupo, mas um processo de grupo com efeitos terapêuticos (Ribeiro, 2005). Nós a entendemos como uma pedagogia do viver que tem muito que contribuir com a saúde dos moradores e com a própria Saúde Comunitária.

Psicodrama e Sociodrama

O Psicodrama e o Sociodrama de Jacob Levy Moreno (1889-1974) representam uma ruptura com o modelo terapêutico vigente em sua época, levando para o social a responsabilidade de curar seus membros. Ele troca a figura do terapeuta institucionalizado por quem tem liberdade de ação nas praças, nas ruas, nos auditórios e nos teatros (diretor). Traz a alegria à psiquiatria e enfatiza a importância do jogo na vida de todos nós. A base da teoria de Moreno é dialógica, sendo assim, o Eu só poderá encontrar-se por meio de um outro, do Tu e nunca por meio de si mesmo.

Moreno ressalta a importância da *espontaneidade* e da *criatividade* na formação do ser humano, estando estas características presentes desde a sua infância. No entanto, o convívio social é fator determinante para que esses elementos se percam paulatinamente, fazendo que as relações se tornem empobrecidas e a pessoa adoça. A busca da “cura” é o encontro do ser com sua espontaneidade e criatividade, no ato de criar. A gênese social do ser humano conduz seu prognóstico de cura social: o homem deve ser curado pela sociedade, já que foi ela a responsável por sua desarmonia.

É importante, ainda, ressaltar o *jogo* nesse processo. A atitude lúdica conduziu Moreno ao teatro da improvisação e depois ao teatro terapêutico, alcançando seu cume na inversão de papéis, no Psicodrama e Sociodrama. O jogo seria o princípio da autocura e da terapia de grupo. O Psicodrama surgiu do jogo, como fenô-

¹ O Encontro é um fenômeno télico. O processo fundamental de *tele* é a reciprocidade mesmo que esta seja no campo da atração, da rejeição ou da indiferença. O que importa é a percepção sincera da relação partindo para uma relação espontânea e criativa.



meno ligado à espontaneidade e à criatividade. O lúdico é também responsável pelo resgate desses elementos na busca do Encontro, promovendo a experiência catártica e integradora. O que faz a diferença após o fim do “jogo dramático” é a possibilidade de a pessoa se ver capaz de novas realizações, de se sentir mais forte e poderosa em relação ao passado ou ao futuro atormentador.

As técnicas teatrais nortearam e precederam o Psicodrama e o Sociodrama. Moreno soube aproveitar muito bem os termos técnicos do teatro como os conceitos de papel e catarse (libertação de algo que incomoda; ressignificação) e sua obra se desenvolve no trabalho das relações entre as pessoas, no desenvolvimento de papéis e contrapapéis.

O Psicodrama e o Sociodrama são métodos semelhantes com focos diferenciados: no Psicodrama a atenção do diretor e de seus ajudantes está centrada no indivíduo e em sua problemática particular representada pelo próprio drama. No Sociodrama o foco principal está voltado para o grupo. São trabalhados temas sociais representados e tratados por meio do drama. Nesse processo todos são responsáveis e capazes de se curarem e contribuírem na cura de outros, acontecendo o *Encontro*¹ através das relações mais verdadeiras sejam elas de atração, rejeição ou indiferença.

O Psicodrama coloca o psiquismo e seus problemas em cena, considerando que a estrutura social do psiquismo individual veio originalmente do grupo. Os episódios mais marcantes e dramáticos aparecem aos participantes, após profunda dramatização, como algo conhecido e familiar, como seu próprio eu. Mostra às pessoas a própria identidade, seu eu, como um espelho. O problema de um indivíduo é geralmente dividido pelos membros do grupo inteiro. O indivíduo transforma-se em um representante em ação e o grupo lhe deixa espontaneamente “espaço” para que possa agir e criar. Um ou outro membro do grupo pode estar igualmente envolvido em um contrapapel e entrar em uma cena para representar sua parte.

À medida que os problemas são mostrados ao grupo, os espectadores são afetados pelos atos psicodramáticos ao encontrarem afinidades entre seus próprios contextos de papéis e o contexto do papel desempenhado pelo sujeito central (protago-



nista). O público espera que o diretor alcance cada indivíduo em sua própria esfera, separado dos outros. Pela ação, representação do seu próprio drama, o protagonista consegue libertar-se de traumas do passado, na vivência do presente, conseguindo então preparar-se para viver um futuro sem medo, pois pode antecipá-lo no palco psicodramático.

No Sociodrama, por sua vez, o verdadeiro sujeito da ação é o próprio grupo. Ele não é limitado por um número específico de indivíduos, podendo conter desde pessoas que estejam vivendo em determinado lugar a um grupo específico de professores. Supõe que o grupo formado pela platéia já está organizado pelos papéis culturais e sociais que, em algum grau, são compartilhados por todos os portadores da cultura, na medida em que todo o grupo é que deve subir ao palco.

Moreno enfatiza a possibilidade de se educar e curar por meio dos papéis, considerando que a pessoa é constituída como um feixe de papéis, não podendo tomar a construção de um papel como um evento isolado e inédito. Cada um relaciona-se aos outros, adotados ao longo do processo de desenvolvimento da pessoa na sociedade. Os papéis, cujas dinâmicas são semelhantes, formam um agrupamento ou “cacho” tomando formas de atuação idênticas. Quando trabalhado o papel de um desses agrupamentos, os demais estão sendo organizados ao mesmo tempo, o que permite dizer que o papel destacado ou que expressa a demanda do sociodrama será organizador dos demais e da atuação do sujeito como ator social (ser no mundo).

O “papel” é uma experiência interpessoal e só pode ser vivido e observado na relação. Determinados papéis podem estar bem desenvolvidos e outros em desenvolvimento. O papel só pode atualizar-se na interação com os participantes do grupo, com seus pares e complementares.

O Sociodrama explora e trata concomitantemente os conflitos que aparecem entre ordens culturais distintas e, tendo a capacidade de ao mesmo tempo e pela mesma ação, empreender a mudança de atitude dos membros de uma cultura em relação aos membros de outra. Pode alcançar grupos grandes de pessoas em que os conflitos interculturais e as tensões estejam adorme-



cidos ou nas preliminares de um confronto aberto.

Psicodrama e Sociodrama são, portanto, métodos ativos, compostos por: cinco instrumentos — cenário/palco, diretor, ego-auxiliar, protagonista e público/platéia; três etapas — aquecimento, dramatização e compartilhamento e três contextos — social, grupal e dramático; e podem ser definidos como métodos que penetram a verdade da alma através da ação. As técnicas mais usadas nas sessões são: o duplo, o espelho, o solilóquio e a inversão de papéis.

Como metodologia, a função primordial do palco é alargar a realidade de cada um que nele sobe para dramatizar seu mundo e os componentes que o limitam de alguma maneira. Nele, as coisas acontecem muito mais rapidamente do que na vida real; o tempo é intensificado, fazendo que as coisas comecem e terminem dentro do tempo e espaço a elas destinadas. Nesse cenário o diretor assume a “direção da cena”, em que a pessoa que está sendo trabalhada é o protagonista. O diretor tem três funções: produtor, conselheiro e analista. Os egos-auxiliares, por sua vez, são fundamentais neste processo, por contribuírem com o diretor em investigações de cenas, desempenho de contrapapel, dentre outras funções. Eles podem ser pessoas (terapeutas) escolhidas pelo diretor ou escolhidas da platéia, que participa do trabalho psicodramático ou sociodramático. O público/platéia é constituído pelos demais integrantes do grupo que não estão na cena atual, podendo participar/contribuir com o protagonista, eventualmente.

Quanto às etapas: o aquecimento inicial da sessão é muito importante para que o protagonista consiga ser ele mesmo naquele momento, para que traga sua real história de vida. Ele pode ser de dois tipos: o *inespecífico* — utilizado no início para fazer emergir o(s) protagonista(s) dentro do grupo; e o *específico* — subsequente, que facilita a “entrada em cena” do(s) protagonista(s). Com isso, a cena é dramatizada e o grupo partilha com o protagonista suas vivências e seus sentimentos em relação aos conteúdos trazidos por ele. Esse compartilhamento tem também função de acolhimento e cumplicidade do grupo quanto ao exposto, de forma que a pessoa perceba que outros tam-



bém já viveram/experienciaram situações semelhantes. Ao final, são feitos comentários, que são os assinalamentos do ocorrido na sessão.

Quanto aos contextos, pode-se classificar como social o mais amplo, em que a pessoa se insere em uma sociedade com seus vários papéis; filho, colega, marido, chefe, etc. O contexto grupal relaciona-se ao grupo delimitado pelas pessoas que se reúnem para elaborar um trabalho psicodramático ou sociodramático. E, finalmente, o contexto dramático está relacionado ao espaço específico da dramatização dentro do grupo. É importante estar atento para que esses contextos não se misturem, especialmente no que se refere ao papel dramatizado. Ao sair para o grupo, a pessoa também “deixa” seus personagens na cena, voltando para o contexto grupal.

A atualização dessa teoria, que foi criada há quase um século, se faz em cada nova recriação vivida em momentos de Encontro, propiciados pelas mais diversificadas vivências dramáticas. Esse processo tem-se mostrado particularmente eficaz no trabalho com as comunidades, pela oportunidade de vivência de papéis e resignificação de posturas, pela discussão e democratização de responsabilidades e, sobretudo, pela catarse coletiva, em que questões sociais, de valores (axiodrama), como também pessoais podem ser tratadas eticamente de forma ativa e eficaz.

Relato de um Caso

Tipo de Trabalho: Sociodrama. *Grupo trabalhado:* trinta estagiários vinculados ao programa de estágio de uma prefeitura da Região Metropolitana de Fortaleza-Ce. *Tempo:* duas horas.

Etapas:

Aquecimento: antes do início do trabalho, foi explicado, em linhas gerais, como funciona o método sociopsicodramático. Em seguida, foi realizado o aquecimento do grupo: todos se movimentavam na tenda montada ao ar livre, e observavam os outros participantes, com uma música ao fundo. A seguir os participantes refletiram sobre o motivo principal de sua participação no grupo e qual o tema que gostariam de trabalhar, algo que fos-



se vinculado a sua prática profissional, de preferência.

Três protagonistas surgiram e colocaram suas cenas para a platéia, que elegeu uma para ser representada pelo grupo. A forma de escolha sociométrica foi a seguinte: cada participante do grupo buscava ficar próximo do protagonista cuja história gostaria de ver encenada. Após eleita a história, delimitou-se o palco, tendo sido montado o cenário e do próprio público saíram os egos-auxiliares.

Dramatização: a dramatização ocorreu com o apoio de algumas técnicas psicodramáticas como a inversão de papéis, solilóquios, o uso do espelho e o treino de papéis (*role playing*). A protagonista estava bem aquecida, assim como os egos-auxiliares e a platéia. A cena escolhida trazia a temática de um jovem estagiário com tendência homossexual e como este seria orientado ao trabalhar em uma creche com crianças.

Compartilhamento: nesse momento, muitos trouxeram suas vivências, discutiu-se acerca dos preconceitos e posturas éticas e profissionais que envolvem um trabalho com crianças e o compromisso de pertencer a um grupo de estágio e desenvolver suas atividades com responsabilidade. A protagonista, com o uso da técnica do espelho, pôde ver alternativas para sua postura ante a situação do passado, mostrando-se satisfeita com a produção do trabalho.

Comentários: foi ressaltado o compromisso e a responsabilidade necessária no desempenho do papel de estagiário e a importância do treino constante da espontaneidade e criatividade nas ações do dia-a-dia. (Texto da Psicóloga Ivana Carneiro Fernandes, psicodramatista, 2006.)

TEATRO DO OPRIMIDO

O teatro primordial nasce da relação do homem com a terra, de uma relação orgânica entre a natureza humana e a biodiversidade de seres que os circundavam. As festas dionisíacas na Grécia antiga, os rituais ao estranho deus da fertilidade, do transe, dos campos, tinham a função simbólica de fecundar o chão e de celebrar mais um tempo de colheita, mais um ciclo da terra. Os



ritos dionisíacos presentificavam a força da transcendência humana, a libertação da mediocridade e da mortalidade. Nos complexos rituais de entorpecimento pela dança, pelo canto, pelo vinho, pelo encontro dos corpos em êxtase e entusiasmo, o ser humano comum, mortal, escravo, estrangeiro, mulher, rompia as amarras sociais e se permitia a condição de deus, de ser imortal, de criador.

As aristocracias helênicas alimentaram um ódio olímpico pelas festas dionisíacas. Os deuses do Olimpo, representados pelos próprios aristocratas, enciumavam-se pelo culto excessivo a um deus camponês, subversivo, obsessivo, antilei. O caráter coletivizante e despersonalizante das festas dionisíacas ofendia gravemente a atitude ordinária de moderação moral, de controle social, pregada pelas religiões apolíneas.

A Tragédia Grega, assim como o rádio e a televisão para o homem moderno, foi sem dúvida uma das maiores tecnologias de controle ideológico já inventadas pelas elites dominantes. As tragédias foram a concretização de uma política aristocrática de anulação das forças dionisíacas por meio da sua cooptação e captura burocrática. Funda-se o teatro competitivo, coercitivo, financiado pelos benfeitores da política, mensageiro da moral vigente das elites atenienses. As tragédias eram festas urbanas, que cultuavam os deuses olímpicos, mas que se utilizavam do nome do deus (Grandes Dionisíacas) para atrair a população e neutralizar as suas forças libertadoras.

Os rituais coletivos e circulares de integração, cooperação e solidariedade foram estrategicamente atenuados quanto às suas forças extraordinárias. Uma grande parte da população de todas as categorias sociais era seduzida pela grandiosidade dos espetáculos apolíneos. O culto ao deus dos campos tinha sido mascarado e revertido. O nome de Dioniso raramente era lembrado nas peças trágicas, e, quando lembrado, aparecia como um deus passivo, enfraquecido, harmônico aos interesses da cidade.

A circularização e a participação efetiva de todos nos rituais dionisíacos foi substituída pela hierarquização e passividade. Foram construídos espaços arquitetônicos destinados aos espetáculos, onde se absolutizava a separação entre palco e platéia:



estava criado o abismo histórico que inventou e separou os participantes em atores e espectadores.

No início, Ator e Espectador coexistem na mesma pessoa; quando se separam, quando algumas pessoas se especializam em atores e outras em espectadores, aí nascem as formas teatrais tais como conhecemos hoje. Nascem também os teatros, arquiteturas destinadas a sacralizar essa divisão, essa especialização. Nasce a profissão de ator (Boal, 2002, p. 28).

Na platéia, os espectadores permaneciam imobilizados pelos dispositivos estético-ideológicos que eram enfaticamente representados no palco. Dentre todos os efeitos trágicos, a catarse (*kátharsis*) era o princípio purificador da vontade de ser divino, transferido das religiões para os palcos com o objetivo de neutralizar o entusiasmo e o êxtase dos antigos rituais.

Contudo, as tradições dionisíacas resistiram na marginalidade dos povos gregos até os nossos tempos. As forças dionisíacas podem ser entendidas como forças indomáveis, características de uma subjetividade integrada à natureza. Dos rituais shivaístas indianos, de bruxaria da Escandinávia, das tribos africanas, indígenas e aborígenes, da cultura popular brasileira, até os recônditos das teologias libertadoras da Igreja Católica, o arquétipo do deus dos campos conspira, celebrando a horizontalidade, a circularidade e a participação coletiva.

A cultura dos oprimidos (especialmente dos ritos dionisíacos) reproduz e repete a recordação deformada e atrofiada de um projeto originário de liberação e de institucionalização coletiva: na parte mais secreta, mais codificada e simbolizada, os ritos de possessão e de transe, “contam” um passado de luta contra a opressão, falam de “magia negra” da revolta e do entusiasmo coletivo; em suma, mediante um discurso indireto, indicam tudo aquilo que forma o núcleo de qualquer experiência revolucionária (Altoé, 2004, p. 74).

É dessa tradição revolucionária que brota, do seio da cultura



popular brasileira, o Teatro do Oprimido. Criado nos anos 1970 pelo ativista político-cultural Augusto Boal, num contexto de resistência aos regimes ditatoriais que violentavam os direitos sociais e impunha uma ordem bélica, oposta ao ritmo de libertação e solidariedade dos povos latino-americanos, essa modalidade de teatro serviu de instrumento de luta contra os aparelhos totalitários e as subjetividades opressoras que operavam em todas as dimensões da existência.

Hoje um movimento cultural ainda em expansão, atuando em mais de setenta países, o Teatro do Oprimido vem desapropriando os meios de produção de bens simbólicos, artísticos, mediante a popularização desses meios para as comunidades.

Enquanto na linguagem dramática herdada da Grécia, o caminho da perfeição e os valores aristocráticos são impostos aos espectadores por via catártica, na Estética do Oprimido o espectador rompe a catarse e se transforma em “espect-ator”, transgredindo as fronteiras da representatividade dramática e atuando. O espectador liberta-se, pensa e atua sintonizado com os anseios coletivos de seu grupo, de sua comunidade.

A metodologia do Teatro do Oprimido segue dois princípios fundamentais: o primeiro é transformar todos os espectadores em “espect-atores”, retomando as origens primordiais dos rituais dionisíacos. O segundo princípio é de transformar toda “ficção” vivida nos espaços cênicos, em um ensaio para a transformação da realidade.

O Teatro do Oprimido é um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagens e improvisações especiais, que tem por objetivo resgatar, desenvolver e redimensionar essa vocação humana, tornando a atividade teatral um instrumento eficaz na compreensão e na busca de soluções para problemas sociais e interpessoais (Boal, 2002, p. 28).

Fundado na reflexão sobre histórias comuns vividas no cotidiano, são descortinadas as relações de poder e de repressão dos desejos vitais dos envolvidos. A dramaturgia é construída com base nesse compartilhamento e constituída para denunciar as



relações entre opressores e oprimidos, propiciando a libertação da lógica de opressão, mediante a produção coletiva de alternativas para os problemas apontados.

As peças de Teatro do Oprimido podem ser expressas em vários formatos, considerando o foco que se deseja atingir (cultural, pedagógico, político, terapêutico e, preferencialmente, todos integrados):

* Teatro Imagem: são técnicas que permitem aos integrantes debaterem um problema e pensar sem o uso das palavras, com imagens produzidas pelos seus próprios corpos e/ou por objetos.

* Teatro Fórum: é um jogo dramático dialético no qual o protagonista, em verdade “co-agonista” (por sempre sofrer junto com o outro), tem um desejo vital a ser realizado e não consegue pelas relações de domínio que lhe são impostas. Nesse formato o público é transformado em um coletivo que busca alternativas para os problemas apontados, conduzindo a ação dramática.

* Teatro Legislativo: é uma peça de Teatro-Fórum na qual as alternativas sugeridas pelo coletivo são formatadas em projetos de lei e apresentadas nas câmaras ou assembleias legislativas. Posteriormente, o coletivo deve acompanhar a tramitação do projeto, pressionando a sua aprovação e, após aprovado, fiscalizando a sua implantação.

* Arco-Íris do Desejo: é uma técnica dramática de funções terapêuticas, desenvolvida para possibilitar a expressão das opressões que foram introjetadas pelas relações simbólicas de dominação a serem trabalhadas.

O teatro de elite, da burguesia, é um teatro laico, assim como a própria classe dos proprietários. Classe a qual os antigos deuses precisaram exilar-se para que se divinizasse o Capital e todas as suas expressões de exploração. Essa teatralidade é uma obra de arte finalizada, própria de quem já cristalizou uma visão de mundo e quer expressá-la. O teatro burguês é um espetáculo aséptico no qual a pureza da arte final não pode contaminar-se pelo público, que deve estar silencioso, domesticado, catártico,



para melhor acumular as mensagens bancárias transmitidas do palco.

O teatro popular é um teatro sagrado, de onde nunca foi preciso alienar o divino. A transcendência, é, por excelência, a expressão da criatividade, de uma tradição advinda dos rituais ancestrais de culto à terra. A teatralidade popular é uma arte de infinitos ciclos, de quem está sempre descobrindo um mistério e celebrando uma nova criação. Um teatro inacabado, aberto à transformação, ao diálogo, um ensaio coletivo, sem público, no qual todos são criadores espontâneos, um templo circular onde todos são deuses. (Texto de Aldo Rezende de Melo, Aracaju, Sergipe, 2007.)

ARTE-IDENTIDADE

O animal explorador orienta-se por sinais, investiga o ambiente para se proteger, habitar, alimentar-se e procriar. Ao passar à condição humana, torna-se curioso e apaixonado, manipula objetos e faz arte, quer conhecer o mundo e construir seu próprio caminho. Expressa realidades internas singulares na forma de gesto, símbolo ou ação. Torna-se espírito enraizado em permanente recriação existencial. Desse modo, o mundo subjetiva-se e torna-se realidade interna e particular do ser, enquanto este se objetiva no mundo como singularidade, como expressividade, como arte. O mundo vivido é transformado, torna-se símbolo, ganha significação, faz-se, também, arte.

Com base nesse olhar sobre o ser humano, entendemos a Arte-Identidade como abordagem expressivo-evolutiva (pedagógica e terapêutica), que parte da arte em sua função mediadora da relação indivíduo-mundo, para facilitar a expressão do potencial de vida inerente a todo ser humano, o qual, por muitos caminhos, anseia expressar-se, fazer-se singularidade com os outros no mundo.

Adotamos a expressão “Arte-Identidade” em 1990, a partir dos trabalhos de criatividade que realizávamos em Biodança, como a Coragem de Criar e a Dança das Máscaras. Baseando-nos nas obras de Rolando Toro, Nise da Silveira, Jung, Boal, Artaud, Signor e Brecht, vimos que, de fato, a arte realizada sob



determinadas condições tem o poder de atuar positivamente sobre o mundo primal, arquetípico, consciente e social do indivíduo, favorecendo processos de regulação orgânica, existencial e social. Ademais, influi positivamente sobre a expressão do si-mesmo, a identidade pessoal.

Vemos a arte sendo importante caminho de expressão e recriação da identidade pessoal. Ela marca o momento da grande mudança, quando o *homo*, além de representar em sua mente o que via e vivenciava, passou a traduzir isso externamente na forma de desenho nas cavernas. Aí se revela com todo o seu poder a imaginação humana. Nesse instante, o *homo sapiens* deu o salto em direção ao humano atual. Podemos dizer que três grandes instantes nos fizeram: o bipedalismo, o uso do fogo e a pintura nas cavernas — a arte. A imaginação surge com o gesto tosco de riscar e este riscar vira pintura, que recria a imaginação que transborda como arte, como expressão do si-mesmo em sua forma primitiva nascente e vinculada ao mundo circundante.

Esse é o ponto de partida para entendermos a arte como expressão profunda do humano. Por isso a Arte-Identidade, uma proposta ao mesmo tempo pedagógica e terapêutica de expressão, recriação e fortalecimento da identidade pessoal e coletiva mediante a arte.

O ser humano traz consigo um potencial de vida capaz de projetá-lo em múltiplas possibilidades de realização e singularidade. Somos sementes do Cosmos, palpitando, vibrando, unidos por uma rede de relações, fios de natureza que nos une entre nós e ao infinito, e que, por sua vez, nos chama a dançar com autonomia e plenitude o movimento eterno. Nada pode deter essa comunicação e chamado, a não ser a própria vida em seu fluxo auto-organizador, em sua sabedoria transcendente. Cada ser vivo é uma semente que vibra e se expande conduzida por uma experiência de bilhões de anos. Não há na cultura algo mais sábio e preciso.

Somos sementes como a própria semente, buscamos nutrição, vínculo e crescimento. Ao jardineiro cabe nada mais que cuidar delas com amor, atendendo-as nos caminhos que fazem para algum lugar do infinito, revolvendo a terra e adubando-a,



regando e podando com cuidado, estando presente, amando-as. As próprias sementes saberão fazer seus caminhos, seguindo seus fios de natureza.

O sentir a vida, o sentir-se vivo, revela a identidade como presença, como expressão natural e espontânea da vida, acontecendo como singularidade, como autopoiese particular da autopoiese universal. Do sentir-se vivo é que surge a percepção do si-mesmo, de um sentimento de vida. A identidade vem daí, da transformação do animal em espírito enraizado ou corporeidade vivida, do desdobramento do selvagem em linguagem e o seu retorno a um lugar antigo, primal, fonte de sua aparição e concretude em um mundo natural e espontâneo — a vida animal. Ao retornar ao movimento primordial, à vida instintiva, nos conectamos a uma verdadeira conspiração pelo ato de viver, pelo despertar de nossas potencialidades, possível em um mundo sensível de movimento, nutrição e amor. O movimento primordial é o gerador primeiro de nossa essência singular e libertária, semente original que pulsa e impulsiona o ser à vida, que se inclina a florescer em dimensões cada vez mais plenas de um ser criatura e criador.

Para conectar-se à nossa essência libertária é necessário “o retorno às origens da própria reflexão e descobrir seu solo anterior à atividade reflexiva e responsável por ela” (Chauí. *Merleau-Ponty*. Coleção Os Pensadores, 1984, p. VIII).

Reconhecemos a identidade como metamorfose (Ciampa, 1987), como processo dialético histórico-cultural, construindo-se como ação e contradição em um cotidiano social determinado. Entretanto isso não nega sua raiz antiga e natural. Toro (1991) a compreende a partir da vivência do estar-vivo, uma intimidade com a vida essencialmente visceral. A identidade emergindo da diferenciação genética (seleção natural e evolução biológica), e primariamente voltada para a conservação da unidade e da sobrevivência do indivíduo (auto-regulação visceral, homeostase, correlação intra-orgânica e proteção imunológica). A identidade sendo um fenômeno antes de tudo biológico e relacional, que surge das sensações endógenas, necessita do outro e se constitui como paradoxo: a) Venho mudando, porém sou o



mesmo; *b*) Só me faço presente na presença do Tu. A identidade é visível (corporal) e inacessível à interpretação, por ser expressiva, estética.

A identidade é o sentir-se como centro de percepção de si e do mundo, em profundo e comovedor sentimento de estar vivo, sentimento este que é corporal e conectado a tudo o mais. O ponto de partida estruturador da identidade, de fato, é o sentir-se vivo, instante de transmutação da corporeidade vivida em mais presença e vínculo com o mundo. Por ser presença, não se pensa, se vive no aqui-agora — Presente Eterno. Ela é inacessível a qualquer forma de compreensão, visível perante o outro e acessível ao outro e à própria pessoa por meio da vivência. Só em seus aspectos parciais se constitui como significado ou noções de si mesmo.

A identidade, vista a partir da vivência e não do significado, é arte-identidade, um processo de recriação permanente de si mesmo a partir de sua possibilidade e multiplicidade de manifestação mediante a expressão artística. Por meio da arte é possível a renovação existencial do indivíduo, a superação do seu medo e da angústia, de sua destrutividade e ansiedade. Ela nos traz, dentro de determinadas condições pedagógicas/terapêuticas, a oportunidade para abrirmos sensivelmente nossa interioridade e deixarmos fluir o potencial de vida e beleza inerente a cada um de nós.

Criar é viver. Quem vive, cria. Criar é instalar o novo, sabendo que nesse instante se tornou velho. Criar é pegar o velho e explicá-lo de novas maneiras. Criar é transcender o novo e o velho. Criar é ir fundo dentro de si mesmo, aceitar-se como criatura e movimentar-se como criador.

Nesse sentido, a arte, antes de tudo, é um processo de recriação; não é um fim em si mesma. Não é estática. A arte é possibilidade de ser só e junto. Arte e identidade são inseparáveis. Quando se trabalha com arte está-se favorecendo a identidade.

A experiência que temos em Biodança e Psicologia Comunitária trabalhando com arte é algo que nos emociona. As pessoas conseguem expressar-se espontaneamente por meio de uma colagem, argila ou pintura, e se potencializar numa dimensão comunitária e universal de ser igual. Há um processo de identifi-



cação no qual se desenvolve o vínculo individual entre cada pessoa e no grupo como um todo. O vínculo fortalece a identidade levando o indivíduo a revelar-se em sua força e coragem, assumindo de fato sua grandeza.

Quando as pessoas se juntam para uma criação coletiva, estão se doando umas às outras, ao próprio Universo. Nesse momento há um campo criativo entre as pessoas, no qual se indiferenciam, se diluem. Na criação coletiva não existem partes, ou seja, ninguém individualmente está preso a um determinado ponto. Nesse processo de indiferenciação cada um se perde no outro e no material de trabalho, vivendo um consentimento mútuo, ou melhor, uma cumplicidade universal que não pertence a eles mesmos. A vida nesse instante emerge autônoma, espontânea, já que as pessoas não se intitulam como referenciais máximos ou mesmo como proprietárias da vida. Cada pessoa emerge como força instintiva, criadora do mundo e de si mesmas. Está entregue à totalidade, em profunda comunhão. Cada pessoa é a própria arte, está em profunda comunicação consigo mesma, com os outros e com o Universo. Essa comunhão revela infiltração, identificação, cada pessoa entra na outra e, ao sair, sai inteira em sua singularidade. (Textos integrados e revisados pelo autor; contém trechos de um texto do autor e de um outro de Ana Luísa Menezes, 1994.)

Apresentaremos a seguir quatro meios de expressão da identidade mediante a arte ou arte-identidade, quer dizer, a transformação da arte em identidade e da identidade em arte. São eles: argila, dança, música e dramatização.

a) Argila

Quando as pessoas entram em contato com a argila ficam meio apreensivas, curiosas. Algumas sentem logo vontade de botar a “mão na massa”. Outras se assustam, têm medo do que a argila pode fazer com elas. . . Mas como?! A argila parece tão inofensiva. . .

A argila é um deflagrador das emoções e da verdade interna de cada ser que se deixa sensibilizar-se. Não precisa de muita técnica para conectar-se com as emoções no trabalho com ar-



gila. Parece já haver uma intimidade, um vínculo forte e primitivo entre o ser humano e o barro. Um vínculo transcendental que remete às bases primeiras da espécie humana. Acontece aí uma forte vivência arquetípica. Nesse vínculo, as pessoas mexem com a argila e a argila mexe com elas. Um movimento que é integrado, dinâmico, dialético e profundamente sensível. A pessoa transfigura-se em arte, em criação de si mesma.

As esculturas são arquetípicas, emergem da sensibilidade antiga, da emoção primordial. São também simbólicas, pois expressam uma história social, cultural, e um sentido existencial. Um mesmo símbolo, uma mesma imagem, pode ter diferentes significados pessoais e, com certeza, formam diversas histórias. Portanto, são singulares, qualitativos, únicos, pois a vivência em argila é única, indescritível, para o indivíduo que a vivencia. As transformações que ocorrem no indivíduo ultrapassam qualquer objetivo racional.

Cada vez que o indivíduo toca na argila e cria algo, está criando a si mesmo. Qualquer coisa nova surge. Cada escultura é a sua emoção realizada. A emoção esculpida torna-se elemento essencial da objetivação do ser no mundo. A partir do momento em que ele cria, mostra ao mundo a possibilidade de mudança. As pessoas começam a ter a sensação de que estão profundamente vivas. Nesse trabalho não existe projeção, mas sim transmutação de energia. Na intimidade com a argila, muitas imagens vão surgindo, imagens profundas do Universo e da espécie humana que são muitas vezes negadas pela cultura e pela própria racionalidade.

A argila tem uma força evolucionária, pois nega a negação do si-mesmo. Aponta para a transparência da identidade, possibilita a expressão de si. Quando o indivíduo se expressa está colocando-se no mundo, dizendo seu verdadeiro nome. Consiste na liberação aliada à criação. Quando o indivíduo começa esse processo de construção de si mesmo no mundo, fica difícil parar. Descobre sua força e percebe que a arte é expressão do seu próprio ser — descobre-se criatura e criador. (Texto, revisado pelo autor, de Ana Luísa Menezes, 1994.)

*b) Dança*

O movimento é a propriedade básica e mais geral da vida, junto com a diversidade e a integração. Quando nos movemos temos a expressão mais genuína da vida acontecendo em nós na forma de gesto ou dança.

A dança é a expressão mais extrema do Eros Primordial, gerador de vida. Entregar-se à dança é um ato prazeroso e terrível de participação nos grandes enigmas de transformação cósmica; é participar na essência da criação, fazendo surgir o movimento da milenar aprendizagem do contato, do trabalho e da brincadeira.

A dança é não só temerário ato de vinculação ontocológica, senão também a celebração da comunidade entre os homens. Tem dupla origem, portanto, uma origem sagrada e uma profana, um elemento de eternidade e um de fugacidade.

Na comovedora vivência da dança todas as fronteiras são derrubadas. O externo e o interno, o espiritual e o corporal, o transcendente e o imanente, são aspectos de uma só e única realidade. Ali no movimento inseparável dos corpos, misturam-se as energias do coração com as que chegam do Cosmos, do vento e das estrelas.

Da inocência, da dança surge a mais avassaladora sensualidade, porque os batimentos da vida constituem um impulso de contato. Os corpos possuídos pelo ímpeto da dança reproduzem as tempestades do mar e o tremor das flores ao vento (Toro, 1991, p. 487).

A dança é o movimento do ser visível, estético e expressivo, capaz de autonomia e vinculação. Cada gesto, cada expressão, é a vida acontecendo como singularidade. Olhar e ser olhado, abraçar e ser abraçado, acariciar e ser acariciado, caminhar, saltar, correr, deitar-se no chão, mover-se com potência e suavidade, aproximar-se e afastar-se. Todos esses gestos vêm de muito longe e é necessário vivê-los, dançá-los. Cada gesto constitui a vida humana emergindo desdobrada do movimento geral do Univer-



so, da dança das energias/partículas, da dança do pólen e das estrelas — dança de determinações e indeterminações — dança da harmonia gerando o caos e este, como Pai, germinando a Mãe que o gerou. Quando cessa o movimento, cessa o calor, a vida, vem o frio e a rigidez. A depressão, como qualquer doença, caminha nesse sentido da degradação da vida e do ser. Ao contrário, quando nos movemos espontaneamente, sentimos nossa abundância interior em cada gesto — sentimos a vida plena. Mover-se é pintar na tela da realidade a existência, bem antes de conhecê-la.

Os gestos no processo de arte-identidade são plenos, mobilizadores da existência no aqui-e-agora. Estão presentes no cotidiano de qualquer pessoa ou qualquer povo, em qualquer época ou lugar. Revelam a profunda intimidade entre o sagrado e o profano. Não derivam de uma cultura, senão que surgem dentro dela como expressão de profundos sentimentos individuais, da espécie e da vida. Tomam muitas vezes formas culturais, tais como nos ritos, na arte, na religião, nos costumes, na técnica e no ato simples de uma pessoa em seu dia-a-dia. Emergem das culturas, mas não são produções culturais, são manifestações da sensibilidade diante da vida nas formas as mais variadas, do movimento ao símbolo, da ação ao pensamento. Revelam profundos sentimentos da espécie humana diante da vida. Porém, temos de convir que nem todos os gestos, mesmo sendo eles originados na vida, estão voltados para a vida. Muitos decorrem de concepções do mundo originadas em um rigor intelectual desprovido de sua raiz sensível e inocente, sem vinculação com a vida mesma, como é o caso dos gestos fascistas de uma pessoa, de um grupo ou de uma sociedade. Podem, também, provir de um ser em degradação, como os gestos psicóticos, suicidas ou assassinos e depredadores da Natureza.

O movimento integrado e sensível, gerador de vida, é dança e, também, música (Fux, 1983), musicalidade cultural integrada à musicalidade de todo o Universo.

c) Música

A música sobrevive aos tempos, acompanhando a humani-





dade em sua evolução. Em sua forma inicial, antes do humano, era música do Cosmos, som da Natureza que, aos poucos, se desdobrou em grunhidos, sons isolados, sons articulados, onomatopéicos, canto e depois em fonética. A voz humana surgiu como som da Natureza e depois como som cultural, primeiramente a partir de um estado emocional, de uma comoção; depois, como canto, coro, mantra, linguagem e música, levando o ser humano cada vez mais para dentro de si mesmo — o Ser musical.

Construindo-se na musicalidade do Universo e no próprio som de sua espécie, o ser humano é ritmo, vínculo com a pulsação da totalidade; é melodia, na intimidade da relação com o outro; é harmonia, na integração do diverso que forma o si-mesmo. Vincula-se com a totalidade, com a espécie e consigo mesmo por meio de pautas musicais.

A música tem a propriedade de tocar imediata e profundamente o ser humano como a outros animais. Altera todo o corpo, desde as sensações mais elementares até as estruturas emocionais crônicas resistentes a outras artes e técnicas terapêuticas. Os estudos sobre a música e sua influência nas pessoas revelam a capacidade pedagógica e terapêutica contida nas pautas musicais. Podemos afirmar que o ser humano necessita da música, como da água, do alimento, da dança e do outro.

d) Dramatização

A palavra “drama” advém do grego e quer dizer ação. Para Moreno, a ação é a condição básica da existência.

Moreno nunca trabalhou ao estilo psicológico de escutar horas intermináveis seus pacientes, numa atitude mais passiva do que ativa. Sempre foi muito atuante. Nunca admitiu a possibilidade de sucesso diante de uma conduta passiva. Tal modo de pensar evidencia sua personalidade expansiva, ágil e fortemente extrovertida. Anzieu, referindo-se a Moreno, atribui-lhe o lema de que o homem está no que faz e não no que oculta. Tem aversão ao divã psicanalítico, onde o paciente fica preso, estático. Há necessidade de espaço para o movimento e atuação do paciente. Não aceita o consultório



médico como um confessor; há necessidade da participação e da interação de outras pessoas. A teoria moreniana é basicamente dialógica. Nunca o Eu poderá encontrar-se através de si mesmo, só poderá encontrar-se através de um outro, do “tu” (Fonseca Filho, 1980, p. 6).

O jogo dramático é um meio de retomar vivências gravadas na história individual e coletiva, trazê-las ao presente como vivência do presente e não do passado, facilitando ao participante a condição de protagonista e espectador, com outros, de si mesmo. Cria o distanciamento necessário à manifestação da consciência do vivido, em que o material psíquico acumulado por repressões é transformado em instante vivido e elaborado como realidade presente.

No cenário psicodramático tudo é atual. O passado é presente. O futuro também o é. O cenário psicodramático é sempre a perspectiva de um mundo novo, de um momento novo não vivido na vida do passado. Não importa somente a revelação da vivência passada. Importa mais o presente. A vivência do momento atual é um convite a uma comunicação humana transformadora; é a tentativa de “desintelectualizar” o ser humano para um contato mais verdadeiro, mais emocional, mais pessoal — o encontro (Fonseca Filho, *ibidem*, p. 7).

O uso da dramatização (como técnica psicodramática ou como teatro popular), requer um preparo do facilitador para lidar com processos humanos revelados como drama pessoal e coletivo. Não é estimulada a situação psicoterapêutica, mas, em alguns momentos, há de se lidar com ela.

No meio comunitário, visa ao participante lidar com sua história pessoal e comunitária, construída na realidade em que vive e onde o drama de sua vida se desenrola numa perspectiva de construção do indivíduo que se faz sujeito de seu mundo em busca de um mundo novo.

O sentido da dramatização na comunidade é o jogo da espontaneidade, da criatividade e da consciência (Moreno, 1990), em



um contexto dialógico, transformador e libertário, revelador da opressão e da exploração (Boal, 1980), que denuncia e anuncia um mundo novo, que impulsiona a construção da identidade pessoal e coletiva e de um novo modo de vida mais comunitário.

Os moradores interpretam papéis sociais e personagens pessoais de seu cotidiano, trazendo à cena o modo de vida do lugar, seus problemas e dificuldades, seus êxitos e encontros, suas lutas, danças, festas, brincadeiras e sátiras, suas buscas e esperanças. Interpretam a vida de oprimido e de sujeitos em construção-identidade como metamorfose (Ciampa, 1987).

No meio popular, quando trabalhamos com dramatização, nos apoiamos nas contribuições de Jacob Moreno e Augusto Boal, este último criador do Teatro do Oprimido, uma proposta de teatro do povo. Ele nos diz, comentando seus livros:

Os três livros em conjunto (*Teatro do Oprimido*, *Técnicas Latino-Americanas de Teatro Popular* e *200 Exercícios e Jogos para o Ator e para o Não-Ator com Vontade de Dizer Algo Através do Teatro*) visam ajudar a restituir ao povo aquilo que lhe foi roubado. No começo, sempre, em toda a parte, o teatro era uma festa popular, cantada e dançada a céu aberto. Na Grécia, no Yucatan ou nas selvas de Mato Grosso, sempre foi assim. Vieram depois as classes dominantes e erigiram muros de pedras (para que o teatro fosse feito apenas dentro dos teatros — um absurdo!) e muros estéticos que separassem os atores (ativos) dos espectadores (receptivos). Uns produzindo, outros consumindo. O que? A ideologia dominante. Agora, por toda a parte vê-se que os muros estão ruindo. Por toda a parte faz-se teatro e todo o mundo faz. Porque na luta contra a opressão devem-se usar todas as armas. O teatro e todas as demais artes também são armas. É preciso usá-las! É preciso que o povo as use! (Boal, 1980, pp. 9 e 10).

TEATRO DE RUA

É a origem mais genuína e popular do teatro que expressa com graça e brilho a dureza cotidiana do homem comum, refletindo e apontando caminhos para superar os desajustes socio-



políticos da vida atual.

A origem do teatro de rua confunde-se com a própria história do homem, tendo como fonte primitiva os rituais tribais, nos quais o homem procurava dramatizar as experiências cotidianas da caça. Outras fontes do teatro de rua podem ser consideradas os ditirambos gregos, o culto ao deus Dioniso e os espetáculos religiosos da Idade Média, na Europa. A partir desse momento e mais adiante, com a *commedia dell'arte*, o teatro livre de rua, com os famosos atores mambembes, passaram a ocupar as praças e feiras das cidades e lugarejos, levando ao povo sua mais antiga forma de expressão.

O teatro de rua trabalha em seus atores, além do prazer pelo fazer teatral, a satisfação política de torná-lo instrumento eficaz de transformação do mundo presente. É comum o teatro de rua ser praticado por jovens, crianças, sindicalistas e movimentos populares em todo o território nacional. Porém, hoje, a prática desse fazer teatral é mais evidente no Nordeste brasileiro, especialmente nos estados do Sergipe, Rio Grande do Norte, Ceará e Maranhão.

Em meados dos anos 1960 a Bahia iniciou forte movimento chamado Teatro Livre da Bahia, que influenciou artistas sergipanos propiciando a criação do Grupo Imbuaba de Aracaju, o Mambembe entre outros. No Rio Grande do Norte surgiu, além da grande Cia. Alegria, Alegria, o maior movimento independente de teatro de rua da América Latina, o Escambo Teatral de Rua, que conta com a adesão de quarenta grupos do Rio Grande do Norte, Ceará e Maranhão, multiplicando a vontade de brincar de teatro entre atores e cidades inteiras.

Além desse forte e jovem movimento, o teatro de rua brasileiro dispõe de um elenco de grupos e companhias do mais alto nível, de renome nacional e internacional, como o Tá na Rua do Rio de Janeiro, o Galpão de Belo Horizonte, a Turma da Aldeia do Rio Grande do Sul, entre outros, que gozam de vasta experiência acumulada de vários anos de luta.

Em Icapuí, Ceará, cidade de 13.665 habitantes, o teatro assume papel de extrema importância político-pedagógica, quando procura atingir todos os níveis e faixas etárias da população, tra-



balhando vários temas de interesse social e político. O teatro de rua revela-se para a história do povo icapuiense como uma sonda que perfura e aponta para todas as direções, perpassando as consciências do homem praiano, com o propósito de construir uma nova mentalidade, mais humana e solidária. (Texto de Junio Santos & Ray Lima, 1994.)

GRUPO DE IDOSOS

A evolução humana nos ensinou que viver em grupo dá maior garantia à sobrevivência. O caráter gregário fez e faz parte da nossa natureza, surge espontaneamente como um caminho de aproximação pela identificação entre os seres por algumas características comuns. Muitos foram os antropólogos, biólogos, sociólogos, filósofos, educadores, psicólogos que tiveram e têm como objeto de seus estudos os grupos humanos.

Portanto, para falar sobre o grupo de idosos poderíamos partir de diferentes pontos de vista específicos e científicos. No entanto, neste momento não temos pretensão de ir a fundo numa análise detalhada e sim tecer algumas considerações e reflexões sobre tais grupos e de sua importância para o desenvolvimento humano e social.

Vivemos numa realidade brasileira que, por um lado, convive com o aumento veloz e crescente de pessoas que envelhecem e, por outro, se constrói valorizando excessivamente o consumo, a juventude, o novo, a agilidade e rapidez das mudanças. Entretanto, não devemos perder de vista que, seja lá qual for o objetivo do grupo, sendo de idosos, este surge dentro de um contexto de exclusão, independentemente de classe social e gênero.

Diante da aridez presente em nossa sociedade, onde predomina a percepção errônea de que pessoas que envelhecem são obsoletas e que já “passaram da idade” de viver plenamente, o grupo de idosos surge, para muitos, como o húmus inigualável e favorecedor das potencialidades para se continuar vivendo e proporcionando mais vida para si e para os que os rodeiam. Tal grupo é vivido por seus participantes como um espaço, muitas vezes único, onde lhes é permitido exercitar e desenvolver seu potencial de expressividade, de socialização, de afetividade, de



interação e integração, também de criação e recriação de suas próprias existências, de redimensionamento do seu trabalho ou do seu tempo livre, de participação e apoio social. Pode ser de caráter predominantemente lúdico e socializador; pedagógico; de religiosidade e espiritualidade; de crescimento pessoal e desenvolvimento humano; terapêutico ou de reabilitação; de discussão e participação social em que se conversa sobre assuntos da atualidade como direitos e deveres, questões sociais, políticas ou comunitária; de cunho profissionalizante; filantrópico, de solidariedade ou altruísta; artístico e expressivo, dentre outros.

Vale salientar que, seja qual for o seu caráter principal, muito freqüentemente o grupo de idosos é enriquecido pela mescla das diversas características dos possíveis grupos citados anteriormente, que leva em si a força de proporcionar aos idosos que participam dele um aumento da qualidade de vida, da sua auto percepção, bem como a percepção de sua saúde e atividade; ao reforço de sua identidade; ampliando e desenvolvendo suas potencialidades; elevando sua auto-estima; melhorando e ampliando a percepção e participação no mundo e na sociedade.

Embora nos declarando favoráveis e reconhecendo a importância dos grupos de idosos, trazemos por outro lado a reflexão, preocupação e alerta para que tais instâncias de participação numa coletividade não sejam vividas como guetos e, portanto, reforçadores de exclusão. Ao contrário, estes devem ser vistos e vividos como forma de natural identificação e reforço da identidade de um grupo social dentro de uma coletividade mais ampla e diversa, na qual se busca cada vez mais integrar as diferentes formas de existir, de estar e ser no mundo, independente de cor, idade, credo, condição social, gênero e orientação sexual. Temos de convir, todavia, que os idosos pobres vivem um drama maior marcado pelo estigma e a realidade crua da pobreza.

Ao lado da população pobre, o grupo de idosos objetiva o compartilhar de suas histórias de vida, resolver seus problemas e contribuir com a saúde da comunidade. Busca ser um continente de vida para os idosos, pois muitos deles se sentem relegados até mesmo por membros da própria família. Estar em



um grupo, participando, realizando coisas, é extremamente importante para suas vidas. Os idosos gostam de conversar sobre suas vidas, suas histórias e querem ter um espaço de convivência na comunidade. Neste, questões relacionadas com o viver e a saúde podem ser aprofundadas e encontradas formas de solução para seus problemas pessoais e familiares, incluindo aí a integração intergeracional e a participação no desenvolvimento da comunidade.

Os grupos de idosos podem exercer importante papel no esforço de construção da saúde do próprio idoso e também da comunidade. (Texto de Luciane Alves de Oliveira, professora do Curso de Psicologia da UFC — Sobral, 2006).

INTERVENÇÃO DE CRISE E TERAPIA BREVE — ICTB

Segundo estudos realizados por Smith, Glass & Miller (1980); Parloff (1981), apud Sánchez Vidal (1991), não se pode considerar que haja relação evidente entre a duração do tratamento e seus resultados. Diante disso, podemos questionar os tratamentos prolongados em saúde mental, bem como os métodos clássicos de psicoterapia como adequados à maioria da população. Além disso, é notório que a grande maioria da população, notadamente a população pobre, não tem assistência psicológica adequada a seu sofrimento ou transtorno mental.

Essa situação nos leva a pensar na necessidade de se desenvolverem métodos de intervenção breves, focados no problema. A intervenção de crise e a terapia breve, em conjunto, podem cumprir esse papel, pois segundo Sánchez Vidal (ibidem, p. 389), a ICTB poderia ser definida como:

[. . .] formas de intervenção terapêutica de curta duração e objetivos limitados centrados na resolução preventiva de uma desorganização psicológica, assumidamente causada pela ação de estressores externos importantes e/ou psicologicamente significativos ao atuar sobre um sujeito que se encontra em estado de vulnerabilidade psicológica.

A atuação em ICTB se dá nos seguintes aspectos: focalização



temática, rapidez da ação no tempo e no espaço, diretividade do terapeuta, uso do estado de desorganização e abertura à mudança pela pessoa como deflagrador da intervenção, existência de espaço físico adequado na comunidade ou próximo daí e flexibilidade técnica do terapeuta para atuar.

A intervenção de crise e a terapia breve são técnicas distintas que se encontram integradas numa estratégia de redução do tempo da assistência psicológica. São empregadas em separado ou integradas, como é o caso da ICTB.

A intervenção de crise tem como objetivo o fortalecimento adaptativo da pessoa, para que possa voltar a seu funcionamento habitual, visando descobrir e realçar os processos internos e externos que podem ter levado a pessoa à crise, buscando evitar que, de fato, venha a acontecer de novo. Ocorre nos primeiros momentos da formação de um problema psicológico grave, ainda não consolidado como tal. É uma ação clínica individualizada ou em pequeno grupo que se realiza na própria comunidade ou em lugares muito próximos a ela. Faz parte de uma estratégia comunitária de prevenção, não podendo ser utilizada de modo isolado. Funciona bem quando é possível detectar rapidamente os casos que merecem atenção. Para que isso se dê, é preciso uma eficiente atuação dos agentes comunitários de saúde e dos cuidadores comunitários.

A curta duração da intervenção de crise pode ser considerada em um número pequeno de sessões, entre uma e seis sessões; enquanto na terapia breve podemos ter um número de seis a doze sessões. Podemos dizer que, em geral, a ação terapêutica baseada na ICTB se realiza no período de doze sessões individuais. Pode-se também trabalhar em pequenos grupos de seis a oito participantes e, nesse caso, o número de sessões será um pouco maior, em torno de trinta sessões, sendo as primeiras seis sessões (com seis participantes) realizadas no prazo de um mês (intervenção de crise), e as sessões seguintes, uma vez na semana (terapia breve). O número de sessões na ICTB pode variar para mais ou para menos. Estamos aqui apresentando apenas um número aproximado baseado nas experiências de profissionais que trabalham com essa técnica.



Sánchez Vidal (1991, p. 391), baseado em Caplan (1961), diz que uma crise é considerada como tal quando:

[. . .] uma pessoa se defronta com obstáculos — insuperáveis por seus métodos habituais de resolução de problemas — para consecução de objetivos vitais. Segue um período de desorganização e perturbação subjetiva com intentos falidos de resolução, após os quais a pessoa pode buscar ajuda externa.

Uma crise produz-se quando uma pessoa se depara com uma situação de perda súbita de seus recursos físicos, psicossociais ou socioculturais (como um incêndio, ruptura matrimonial ou demissão do trabalho), ameaça iminente de perda (temor de ser despedido do emprego) ou exigências ou responsabilidades derivadas de um aumento desses recursos (como ao contrair matrimônio ou ser promovido no trabalho).

[. . .] O essencial de uma crise (ou de um estado de estresse, do qual a crise seria o estado terminal) é o desequilíbrio entre as demandas que se apresentam ao sujeito (tanto no estressor externo ou interno como no significado atribuído por ele a esse estressor) e seus próprios recursos ou capacidades para enfrentá-los apropriadamente.

No caso da terapia breve, a vemos como ação de maior profundidade, nem por isso demorada, que se apresenta na ICTB no momento em que se faz necessária, após a ação de intervenção de crise.

Baseado em Sánchez Vidal (ibidem), podemos dizer que são sete as ações básicas em terapia breve. Vejamos: 1) restabelecer em pouco tempo o sentido de autocontrole e domínio da pessoa sobre suas emoções e estado psicológico; 2) restabelecer a capacidade de funcionamento vital e social habitual da pessoa; 3) voltar-se para a análise das causas da crise; 4) aumentar a capacidade de confrontação de crises ou resolução de problemas; 5) melhorar o conhecimento e capacidade de utilização da rede de recursos formais e informais existentes; 6) melhorar a capacidade e habilidades de comunicação da pessoa atendida; 7) aumentar a auto-estima da pessoa.



Diferente da intervenção de crise, que pode ser realizada por agentes comunitários de saúde, cuidadores comunitários e profissionais de saúde do PSE, Cras e Raiz de Cidadania, a terapia breve requer atuação de profissionais com preparo na técnica. Nem por isso as duas devem ocorrer separadamente, por isso a importância da atuação conjunta ao longo de toda a ação psicológica preventiva. Quer dizer, primeiramente, a intervenção de crise é realizada por profissionais do PSE, Cras, Raiz de Cidadania, agentes comunitários de saúde e cuidadores comunitários; depois, encaminha-se o usuário, quando necessário, para uma ação de terapia breve, individual ou em grupo, dependendo da avaliação das condições do usuário e disponibilidade do serviço de saúde para tal ação.

TERAPIA COMUNITÁRIA

Abordagem comunitária criada em 1988, pelo Dr. Adalberto Barreto, professor de Medicina da Universidade Federal do Ceará, psiquiatra, antropólogo e teólogo. Fundamenta-se em quatro eixos teóricos: Pensamento Sistêmico; Teoria da Comunicação; Antropologia Cultural; e Resiliência. Visa criar condições de acolhimento de moradores dos bairros pobres que vivem situações de sofrimento, mediante o compartilhar de suas experiências de vida. Segundo relatório anual do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (2006, p. 4), a Terapia Comunitária

É um espaço terapêutico e pedagógico de escuta e desabafo, que acolhe adultos com problemáticas familiares, distúrbios mentais leves e doenças psicossomáticas, tais como tendências suicidas, depressão, pânico, medo e alcoolismo na família.

De acordo com Araújo Roquetti (2006, p. 1), a Terapia Comunitária

É uma reunião de pessoas, onde todos são acolhidos, ouvidos, podendo conversar com simplicidade, onde o terapeuta não é o especialista do conhecimento. Um lugar onde o indivíduo deixa brotar de dentro para fora, suas riquezas, suas competências e suas experiências (boas e más). Comparti-



lham problemas, dificuldades, soluções e desperta a solidariedade. Os encontros acontecem sempre em um clima de amizade, compreensão, tolerância, onde no final todos cantam, se abraçam em um círculo em que cada um é um elo de sustentação, estímulo e apoio deste círculo. A própria comunidade é a detentora das soluções de seus problemas. Os principais objetivos da Terapia Comunitária são: valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece; reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo para que descubra seus valores e potenciais; suscitar sentimento de união e identificação com seus valores culturais; redescobrir e reforçar a confiança de cada indivíduo; reforçar a auto-estima individual e coletiva. Não se propõe a resolver problemas, mas sim suscitar dinâmicas que possibilitem, a partir de experiências, criar uma rede de apoio aos que sofrem.

Os participantes reúnem-se em círculo, em uma Tenda Comunitária, sentados em cadeiras tipo espreguiçadeiras, ou no chão, sob a facilitação de um terapeuta comunitário que cuidará do processo grupal, conforme metodologia prescrita pela abordagem. Todos os participantes são co-responsáveis na busca de superação da dor e sofrimento de cada um dos presentes.

Em Fortaleza, a Terapia Comunitária está presente na Rede Municipal de Saúde Mental, onde profissionais de saúde formados na técnica trabalham com moradores que buscam ajuda para superar seu sofrimento psíquico.

GRUPO DE RETORNO PSIQUIÁTRICO AMBULATORIAL

É uma proposta de humanização e resolutividade do Ambulatório Psiquiátrico. Surgiu da necessidade imediata de suprir a demanda crescente de usuários do Caps de Maracanaú, demanda esta observada durante dois meses de funcionamento após a contratação da nova equipe de saúde mental (maio de 2005). Neste período foi constatado que a maioria dos pacientes procurava o serviço para “pegar a receita” com o psiquiatra, pois estavam sem remédios, muitos deles portadores apenas de transtornos leves e outros com transtornos mais graves, porém já



estabilizados com a medicação.

Tal realidade tinha como conseqüência direta a sobrecarga do ambulatório, assim como a redução na qualidade do atendimento em função do tempo reduzido para a enorme demanda. O acompanhamento da evolução do paciente tornava-se mais difícil, assim como limitava a possibilidade de atuação do psiquiatra, que se encontrava praticamente reduzida à prescrição do medicamento, sem outras possibilidades terapêuticas ou mesmo pedagógicas. Tornou-se evidente a necessidade de criação de um novo modelo de atenção, capaz de permitir que o usuário fosse ouvido, sendo capaz de compartilhar seu sofrimento e sua evolução, assim como favorecer melhor acompanhamento terapêutico e medicamentoso pelo psiquiatra.

No âmbito da Saúde Mental, o município de Maracanaú tem lamentável histórico acerca da prática indiscriminada de prescrições médicas fundamentadas no assistencialismo rotineiro, além da automedicação abusiva e do descontrole logístico dos insumos farmacêuticos. Ainda mais, no que se refere a psicofármacos, especialmente benzodiazepínicos, há dependência química de expressiva parcela da comunidade, cuja estatística da demanda, quando comparada à de outros municípios do Ceará, chega a ser dez vezes maior.

Assim, pensou-se em construir um grupo terapêutico que denominamos “Grupo de Retorno”, constituído por usuários que já tiveram uma primeira consulta com o psiquiatra e se encontram estabilizados, usando continuamente algum psicofármaco, como também por usuários considerados dependentes do “Diazepam”.

No Grupo de Retorno também se dialoga sobre a eficácia de tratamentos alternativos com plantas medicinais e a importância da adesão aos tratamentos não medicamentosos como as terapias individuais e em grupo, além de outras atividades desenvolvidas no Caps de Maracanaú.

A preocupação maior é suprir com qualidade a crescente demanda de usuários ao Caps de Maracanaú; otimizar o tempo dos psiquiatras e conseqüente melhoria na qualidade de atendimento aos usuários; tentar reduzir a iatrogenia relativa aos benzodiazepínicos; sensibilizar os usuários acerca da eficácia de terapias



não medicamentosas; promover o uso racional de psicofármacos; e promover a formação de vínculos entre os usuários bem como entre estes e os profissionais.

Já que a equipe do Caps em questão adotou em seu conceito de trabalho um serviço de qualidade, o Grupo de Retorno atende ainda mais a esse requisito, uma vez que a consulta individual do retorno do paciente que seria no máximo dez minutos (por causa da imensa demanda, como já mencionado), agora acontece em torno de uma hora a uma hora e trinta minutos, o que permite ao paciente falar mais de seu sofrimento e tratamento, formar vínculos com os demais integrantes do grupo, descontrair ou se soltar um pouco mais. Isso proporciona a percepção do sucesso ou não do tratamento medicamentoso (manutenção, troca do medicamento ou ajuste de doses), permitindo, enfim, avaliação mais adequada acerca da evolução do paciente. Tudo por meio desse dinamismo da verbalização, escuta e interação entre os profissionais do Caps e seus usuários.

O processo do grupo deve ser facilitado por um psiquiatra com experiência em processo de grupo ou, quando isso não acontece, em conjunto com um profissional de saúde habilitado em facilitação de grupo. Para a concretização da proposta são utilizadas as seguintes estratégias:

- a)* Ao chegarem ao Caps, os usuários do grupo de retorno participam do acolhimento, momento rico em informações e formação de vínculos entre os usuários e entre estes e os profissionais. Durante esse processo, o psiquiatra pode fazer uma prévia avaliação dos prontuários dos integrantes do grupo e em seguida dar início à atividade, juntamente com o farmacêutico e/ou enfermeiro facilitadores de grupo.
- b)* O grupo deve ser iniciado com uma dinâmica simples, com o intuito de descontrair e facilitar o entrosamento entre os participantes, servindo também esse momento de iniciação do diálogo com relação à evolução do tratamento medicamentoso, orientando o uso, mantendo a posologia ou ajustando as doses, modificando a medicação, enfim, acompanhando o paciente de acordo com a resposta de cada um.



c) É importante salientar que os profissionais de saúde facilitadores do grupo se ponham à disposição para, ao final, se necessário, oferecerem atenção individualizada ao participante que, porventura, deseje conversar de modo particular sobre algum assunto que não se tenha sentido à vontade para expô-lo no grupo.

d) É válido deixar clara a importância do exercício da escuta e o estímulo para que aconteçam as conversas entre os pacientes, possibilitando a troca de experiências, o surgimento das dúvidas com relação aos sintomas, aos medicamentos, ao sofrimento do outro e de si mesmo, tornando o ambiente acolhedor e desmistificador, onde os usuários se sintam à vontade ao compartilhar suas angústias.

Após um ano de sua instalação, o Grupo de Retorno tem-se mostrado, no geral, boa alternativa para a administração e a racionalização da grande demanda ambulatorial do Caps de Maracanaú.

Os pontos negativos do projeto centram-se em reclamações, de alguns usuários, de não poderem falar a respeito de um assunto mais íntimo e não quererem expô-los ante o grupo, por timidez ou porque algum membro do grupo, por ser vizinho ou conhecido, possa não respeitar o sigilo. Outro aspecto a considerar é a necessidade que o projeto impõe ao psiquiatra de revisar previamente, um a um, os prontuários dos usuários que serão atendidos no grupo de retorno seguinte, aumentando, dessa forma, a carga de trabalho daquele dia (os prontuários são geralmente revisados na véspera do dia em que o grupo de retorno será realizado).

Os pontos positivos vão, por outro lado, acumulando-se com o correr dos dias: uma diminuição no consumo de benzodiazepínicos, seja pelo esclarecimento prestado, seja pela sua substituição por outra medicação menos indutora de dependência, seja pela substituição por uma substância fitoterápica (estamos trabalhando com o suco do “capim-santo”, atualmente); maior comprometimento dos familiares com o tratamento dos usuários, sobretudo os psicóticos; aumento do tempo em que o usuário



permanece com a equipe técnica envolvida na atividade (por exemplo, cada usuário dispõe de sessenta a noventa minutos com o psiquiatra e o outro facilitador do grupo, em vez dos cinco minutos da consulta de revisão individual, em média); e por fim, melhor racionalização do tempo disponibilizado pelos envolvidos no projeto, favorecendo com isso um ganho de tempo a ser utilizado em outras tarefas do serviço. (Texto de Hugo Barros da Costa, psiquiatra, CRM-Ce 1042 e Karine Lima Verde Pessoa, psicóloga, CRP 11/02894, coordenadora do Caps de Maracanaú, 2006.)

USO DE MEDICAMENTOS

A prática médica no uso de medicamentos, tomando como referência a Saúde Comunitária, deve ser cuidadosa como em qualquer atendimento privado ou público, considerando principalmente as condições socioeconômicas do usuário e a dependência médica a que historicamente foi acostumado. Não é por ser pobre que deve ser atendido automaticamente e, muitas vezes, de modo apressado, ou mesmo, desrespeitosamente.

O principal não é somente a receita prescrita, mas a comunicação reflexiva e empática entre médico e usuário do serviço, pois só assim haverá maior possibilidade de a prescrição medicamentosa ser compreendida e aceita pelo morador usuário. Por outro lado, não adianta a receita se o usuário não tem dinheiro para comprar o remédio quando este falta no posto de saúde. Não adianta a receita se ela não será rigorosamente cumprida por ele.

A prática medicamentosa, no sentido de a relação médico prescrever e usuário cumprir, deve dar-se em clima de respeito e consideração, numa relação comunicativa cidadã, desde a chegada do usuário ao serviço de saúde até sua saída, não querendo dizer que o atendimento findou aí. Todos os medicamentos devem ser acompanhados em suas casas pelas equipes do PSF e dos agentes comunitários de saúde, com a finalidade de se verificar o resultado da ação do medicamento e constatar o cumprimento correto da prescrição médica. Se não puder ser assim, pelo menos que a família seja orientada para informar às equipes de saú-



de sobre o estado da pessoa da família atendida no serviço de saúde e se, de fato, foi cumprida a prescrição médica. A ação de avaliação não se limita a um possível retorno do usuário ao posto de saúde, mas implica estender-se até a casa do usuário. Dizemos isso por entender que o PSF tem sua raiz no médico de família, significando este fato que toda família, e toda a família, deve ser protegida e acompanhada em seu processo de saúde/doença. Se o problema é a falta de profissionais de saúde, que sejam contratados, e não que a população pobre adoça ou morra por falta de cobertura ou cuidados do apoio formal em saúde.

Qualquer medicação deve ser prescrita com cuidado, numa abordagem integral do indivíduo, em que outros elementos indutores da saúde devem estar presentes. Não se pode *fetichizar* o remédio, abusar dele, seja benzodiazepínico, controlador da pressão, antibiótico ou antiinflamatório. Segundo o infectologista Vicente Amato Neto, professor emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (entrevista à *Folhapress*, 30/7/2006): “O uso inadequado e desnecessário de antibióticos, por exemplo, é uma das maneiras de tornar uma bactéria resistente”, como é o caso recente da descoberta da bactéria *Staphylococcus aureus* tipo 04. É preciso, também, evitar a dependência dos medicamentos.

Diminuir o peso exagerado da medicação alopática no tratamento é uma importante tarefa dos profissionais e grande benefício para a população pobre que, ainda hoje, se mantém dependente do uso de remédios por não ter tido espaço suficiente, nas ações de saúde, para compreender e experimentar outras práticas de saúde tão ou mais importantes que os medicamentos alopáticos em determinadas condições do processo de construção da saúde nos que se encontram doentes.

Outro aspecto a considerar é a necessidade da adoção nos serviços de saúde de práticas substitutivas à medicação alopática, como acupuntura, homeopatia e uso de plantas medicinais, plantas estudadas e comprovadas suas ações terapêuticas, como as pesquisadas por Matos (1994) na Universidade Federal do Ceará.



ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

É uma prática que objetiva ajudar as pessoas com dificuldade de relacionamento e convívio social, sem autonomia social, em razão de apresentar problemas de ordem psicológica, necessidades especiais ou dificuldades de aprendizagem, a descobrir suas possibilidades de ampliação e aprofundamento de sua vida social. Pretende-se que o beneficiado possa freqüentar lugares e descobrir outros aspectos de sua vida que poderão surgir com a ampliação do seu espaço de convívio social.

Por essa razão caracteriza-se como uma prática articuladora dos ambientes escolar, familiar, do trabalho e do lazer com a organização social mais ampla, podendo, desta forma, facilitar o processo de inclusão social.

Os principais objetivos desse trabalho são promover situações em que a pessoa consiga adquirir maior autonomia, estimular sua capacidade criativa, ajudar a lidar com as dificuldades, facilitar a comunicação entre ela e a família, trabalhando as mais variadas situações da vida diária.

A estratégia principal do acompanhamento terapêutico é conquistar maior autonomia no mundo urbano, propondo a exploração de espaços não restritos ao tratamento.

O acompanhamento terapêutico é uma prática que se coloca frente ao imprevisto, no qual as ferramentas consideradas são as situações do dia-a-dia na cidade; nas ruas; as relações entre as pessoas; a arquitetura e os objetos. Na medida em que os pontos da cidade vão sendo mapeados, vão se descobrindo os serviços que a comunidade oferece, como o correio, o comércio, as igrejas, os ônibus, as praças, descobrindo condições para usufruir desses serviços (Donini, 2006, p. 1).

CUIDADORES COMUNITÁRIOS

Denominamos assim aos familiares, vizinhos ou não, que assumem por amor e solidariedade cuidar de moradores doentes, portadores de necessidades especiais, crianças espancadas,



mulheres agredidas, pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou mesmo idosos que vivem abandonados em suas casas. Esse fato caracteriza o apoio informal, considerado por Oliveira (2003) de extrema importância na saúde dos moradores de uma comunidade, pelo fato de conter, principalmente, laços afetivos, sentimento ainda pouco presente e expressado na rede de apoio formal.

Esses moradores cuidadores muitas vezes estão dispersos, não participam de associações ou outra atividade comunitária, mas com seu trabalho dão exemplo de solidariedade, afeto e vida comunitária. É importante identificá-los, bem como integrá-los no processo coletivo de construção da saúde da comunidade (integração entre apoio formal e apoio informal).

Em Saúde Comunitária, entendemos que é necessário olhar para esses moradores, estar com eles, preparar cursos que contribuam com suas ações de apoio informal, realizar encontros constantes visando fortalecê-los e prepará-los mais ainda para o que já fazem com tanto amor e, muitas vezes, desgaste pessoal, isolamento e falta de apoio formal.

PROGRAMA DE SAÚDE EM RÁDIO COMUNITÁRIA

As rádios em geral e as rádios comunitárias podem ter importante papel no processo de desenvolvimento comunitário e na Saúde Comunitária, visto a influência que exercem na vida da população pobre. No caso das rádios que estão nas mãos de grandes grupos de comunicação, o que podemos constatar é que nem sempre favorecem situações como as de educação comunitária, porque a finalidade é a notícia e não a educação. São diferentes da rádio comunitária, já que esta visa um outro tipo de comunicação, educativa e comunitária, preocupa-se em informar os moradores sem a manipulação e custo da mídia comum. Assim como podemos usar as missas e cultos para divulgar informações sobre saúde, as rádios também podem assumir essa função de comunicação numa escala maior, mediante programas que tratam o tema da saúde de maneira estimulante, atraente e de fácil compreensão para toda a comunidade.



Capítulo 7

FACILITADOR DE GRUPOS



O TERMO “FACILITADOR DE GRUPOS” mostra com clareza a função de tornar o processo grupal mais fácil para gerar apoio mútuo, cooperação e integração, gerar convivência afetiva e democrática. O facilitador conduz processos sociais e humanos, em geral profundos, facilita situações e expressões sociais e individuais que requerem posturas profissionais e pessoais coerentes com a situação em questão. Ele não é um catalisador, visto que também passa por mudanças no processo de facilitação do grupo. Sua função é entrar no fluxo do grupo e de cada participante, facilitando-os positivamente, estimulando e apoiando, ora, também, frustrando com firmeza e ternura. Com postura de orientação e receptividade, sensível ao processo social e humano do grupo, o facilitador colabora com o crescimento das pessoas valendo-se de teorias, técnicas, procedimentos e de sua condição pessoal.

Nos grupos, o facilitador trabalha com pessoas as mais diversas, de diferentes crenças, costumes, valores, conhecimentos, assim como com pessoas com limitações mentais ou motoras, ou também que apresentam quadros de doença, sofrimento e transtorno psíquico em geral. Por isso é necessário que o facilitador tenha bom conhecimento da situação específica, seja qualificado e tenha consciência da condição de vida do morador participante do grupo.

242



Algumas características são necessárias a um facilitador de grupo, tais como: inserção comunitária, coerência existencial, potência pessoal, capacidade de vínculo, conhecimento especializado, manejo democrático do grupo, capacidade de apoiar e dar limites, fluidez verbal e didática.

a) Inserção comunitária

O facilitador necessita ser uma presença viva e ativa na comunidade, estar com os demais e desfrutar disso; se perceber construindo com os outros uma realidade, cada vez mais, comunitária. Por isso é um agente de mudança social referenciado em um sentimento de cidadania e amor à vida — um educador biocêntrico.

b) Coerência existencial

É a integração entre sentir, pensar e atuar, entre interioridade e exterioridade. O facilitador necessita, continuamente, aprofundar a integração consigo mesmo, com o outro e com a natureza. A coerência existencial é a nossa espontaneidade e inocência, nossa verdade natural e nossa honestidade existencial.

c) Potência pessoal

É a capacidade de exercermos nossa presença no mundo com a qualidade do humano (autenticidade, aceitação e empatia), de ser visível e amoroso para com os demais. Leva-nos a influir com sensibilidade e profundidade no lugar onde vivemos, bem como na construção de relações humanas e sociais mais saudáveis. Diz respeito ao valor pessoal e ao poder pessoal.

d) Capacidade de vínculo

A relação profissional tradicional requer distância que situa o outro como objeto de intervenção, denotando uma pretensa neutralidade que não consideramos necessária no processo da relação. Entendemos que urge a necessidade da humanização e acolhimento, de posturas de maior aproximação pelos profissionais de saúde, desenvolvendo assim a capacidade de formar vínculos com os participantes do grupo.

e) Conhecimento científico e técnico

O processo de facilitação requer bom domínio de teorias e técnicas grupais. Não é algo que possa ser realizado de qualquer maneira, com informações superficiais ou somente por intuição



ou “achismo”. Trabalhar com grupos não quer dizer apenas juntar pessoas para uma determinada finalidade. Requer formação específica para tal atividade.

f) Manejo democrático do grupo

O processo grupal em sua indeterminação apresenta, também, certa regularidade submetida a um conjunto de condutas, normas e valores da vida em grupo. O facilitador precisa respeitar isso para que, progressivamente, possa facilitar um processo de mudança no grupo e em cada participante. O importante não é romper o momento do grupo, mas transformá-lo em algo mais profundo e evolutivo para os participantes. Portanto, é importante que se crie no grupo um clima de crescimento e apoio que requer do facilitador um manejo sincero e democrático do processo grupal, facilitando assim a cada pessoa expressar-se em seu próprio tempo e à sua maneira por meio da fala, gesto e ação positiva.

g) Capacidade de apoiar e dar limites

O grupo, assim como cada participante, contém processos peculiares, biológicos, psicológicos, sociais, ideológicos e espirituais. Esses processos tanto podem seguir um rumo de crescimento pessoal, como um rumo de dissociação ou desorganização da pessoa e/ou do grupo. No grupo podem surgir relações nutritivas ou manipuladoras entre participantes, entre estes e o facilitador, como entre o facilitador e um ou mais participantes do grupo. Se essas relações são nutritivas, têm de ser apoiadas por todo o grupo; sendo tóxicas, com jogos de manipulação, têm de receber limites. Desse modo, o tecido nutritivo do grupo mantém-se favorável ao crescimento do próprio grupo, dos participantes e do próprio facilitador.

O facilitador é essencial nesse processo de apoiar e dar limites, pelo fato de atuar prontamente com experiência, senso crítico, respeito, firmeza e afeto.

h) Fluidez verbal

A fala do facilitador necessita ser clara, fluida e sintonizada com os participantes, permitindo a informação seguir um fluxo sincero e compreensivo. A fala, chegando com clareza e coerência, facilita a comunicação e o entendimento, transmite profun-



didade, serenidade e segurança, elementos necessários a uma compreensão maior do processo de si e do grupo pelos participantes.

i) Didática

Capacidade do facilitador de utilizar os recursos disponíveis para criar um contexto de aprendizagem e crescimento que responda às necessidades, possibilidades e limitações do grupo, seja na exposição teórica, na reflexão, no diálogo ou nas dinâmicas e vivências, ou em qualquer outro tipo de comunicação verbal e não verbal no grupo.





CONSIDERAÇÕES FINAIS



ESPERAMOS deixar com este livro uma contribuição ao debate e prática sobre saúde na atenção primária, trazendo de outro modo a problematização da Saúde Comunitária como práxis de vida, libertação e cidadania. Buscamos aqui ampliar o papel do profissional de saúde, estendendo-o na direção da mudança social positiva e do cuidado ambiental, onde ele se assume, também, como agente de transformação social e não somente um profissional especializado numa área técnica da saúde.

Convidamos os leitores a uma ação-reflexão de compromisso social, de construção crítica do conhecimento, de desenvolvimento humano, de mudança social e de cuidado com o meio ambiente. A compreender a complexidade da saúde em uma sociedade de classes, quer dizer, entender que a organização socioideológica da sociedade de classes deve ser o parâmetro para se entender e atuar sobre o processo de construção da saúde na população pobre.

Deixamos aqui reflexões, experiências e vivências, sem a preocupação de marcar este livro como um texto acabado. Nossa preocupação é tão-somente estimular um tipo de discussão na atenção primária e contribuir com os esforços de numerosos profissionais de saúde que, por esse nosso país, vêm atuando num campo de extrema importância para a saúde do povo brasileiro,

247



mesmo com as grandes dificuldades de ordem política, social, gerencial, material, cultural e psicológica, herança de uma história de descompromisso e descaso com a saúde que, somente agora, a partir do SUS e do Governo Lula, vem sendo redirecionada para maior compromisso com a população oprimida e explorada.

Queremos, também, deixar claro que reconhecemos o esforço positivo de várias políticas públicas na direção da participação social, esforço que traduz uma disposição política. Isso é bom, mas, além dos ganhos, traz graves problemas de desmobilização social e de enfraquecimento da autonomia popular. Precisamos examinar com muito cuidado, criticamente, a forma como as políticas estão sendo definidas e instituídas no meio comunitário. Duas conseqüências negativas já se vêem — aumento da dependência dos moradores e associações ao governo e institucionalização da comunidade mediante a presença inadequada das diversas políticas públicas.

Os movimentos populares precisam continuar tendo vida própria, criar seus espaços de participação, discussão e mobilização para, assim, cooperar, negociar ou se confrontar com os governos e suas políticas públicas. Em vez de o agente institucional, isoladamente, ser o responsável pela definição da participação social na política pública, o movimento popular, também, ser o responsável, mediante a construção de sua própria agenda de discussão e negociação com o agente público. O espaço de participação e mobilização deve ser do movimento popular, da sociedade, e não das políticas públicas, do Estado.

Para se avançar nesse sentido, ou retornar a ele, entre outras ações nas comunidades e nos movimentos sociais, é preciso estreitar a relação universidade-movimento popular, a primeira colaborando com os movimentos e contribuindo para a potenciação das comunidades, para sua capacitação no trato da ação governamental. Sem acesso à informação e sem seu controle, sem a compreensão das diferenças e a habilidade coletiva para lidar com a ação institucional, a população local estará fadada a um esforço de pouco benefício social, econômico, ambiental e político. Permanecerá na dependência e na espera de dias melhores que não chegam ou que chegam muito lentamente.



A universidade pública pode exercer, com prioridade, papel de maior compromisso com a classe oprimida e explorada. Voltar-se mais para a população pobre. Entre tantas ações de compromisso, no caso desse livro, a de formar profissionais de saúde para a atenção primária, profissionais realmente identificados com o nosso povo e com a mudança social, que não façam, por exemplo, do PSF ou Caps lugar de passagem para os consultórios particulares e outros serviços privados. A universidade pública deve priorizar a saúde coletiva, dar relevância à atenção primária.

Não é possível deixar de se comprometer com a realidade social em que vivemos e não sentir nas veias a dor e a miséria do nosso povo negado e humilhado em busca de uma pequena luz. É certo que estamos falando de valores, de ideologias e de sentimentos, mas como evitar comprometer-se ativa e afetivamente nessa realidade social, se a conhecemos bem por meio de nossos estudos e pesquisas e, também, principalmente, por meio da nossa própria existência nela?

Não concordamos que, em nome da neutralidade, sejamos omissos dentro dessa realidade social, que deixemos de lado nossos compromissos sociais e humanos. Não é compreensível, a não ser que as perspectivas de nossas vidas e da Saúde que praticamos e estimulamos como profissionais da área sejam outras.

*Ai de nós, educadores, se deixarmos de sonhar sonhos possíveis. . .
Os profetas são aqueles ou aquelas que se molham de tal forma nas águas
de sua cultura e de sua história, da cultura e história de seu povo,
que conhecem seu aqui e seu agora e, por isso,
podem prever o amanhã que eles, mais que adivinham, realizam.*

PAULO FREIRE



REFERÊNCIAS



- AGUILAR, Tusta. Paulo Freire: Atreverse a nombrar la realidad en una sociedad científico-técnica. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, Madri, n.º 110, pp. 109-24, 1998.
- AMARAL, Maria Nazaré de C. P. *Dilthey: um conceito de vida e uma pedagogia*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHISICIANS. Centro de Estudos de Saúde. *Informações, pesquisas e pesquisadores sobre estresse*. São Paulo, 2007, 124 pp.
- ANDRADE, Luiz Odorico M. *SUS — Passo a passo, normas, gestão e financiamento*. São Paulo-Sobral: Hucitec-UVA, 2001.
- ANTHROPOS. Enrique Dussel: un proyecto ético y político para América Latina. *Revista Anthropos*, Barcelona, n.º 180, set.-out. 1998.
- ARGILAGA, María T. A. La observación participante. In: BAZ-TÁN, Ángel Aguirre. *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria e Marcombo, 1995.
- ASSARÉ, Patativa. *Cante lá que eu canto cá*. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.
- AUDOUZE, J.; CASSÉ, Michel & CARRIÈRE, Jean-Claude. *Conversas sobre o invisível*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e filosofia da linguagem*. Trad. Michel Lahud & Yara Frateschi Vieira. 11.ª ed. São Paulo: Hucitec, 1988.



- BARBOSA NEPOMUCENO, Bárbara. *Saúde mental e identidade: atrás de um transtorno, existe um dom, existe um talento*. Bacharelado em Psicologia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2006, 81 pp.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto & Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1988.
- BARROS, João Paulo Pereira. *Considerações sobre a práxis do(a) psicólogo(a) nas raízes de cidadania e nos centros de referência da assistência social (Cras) de Fortaleza*. Bacharelado em Psicologia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2007, 161 pp.
- BARTHES, Roland. *Elementos de semiologia*. Trad. Maria Margarida Barahona. Lisboa: Edições 70, 1984.
- BAUER, Martin W. & GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2.^a ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BAZTÁN, Ángel Aguirre (coord.). Etnografía. In: —. *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria e Marcombo, 1995, pp. 3-19.
- BERGER, Peter L. & BERGER, Brigitte. Socialização: como ser um membro da sociedade. In: FORACCHI, Marialice M. & MARTINS, José de S. (orgs.). *Sociologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1987.
- BLEICHER, Lana. *Saúde para todos, já!* Salvador: Étera, 2003.
- BOAL, Augusto. *200 exercícios e jogos para o ator e não-ator com vontade de dizer algo através do teatro*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- BOFF, Leonardo. *Teologia do cativo e da libertação*. Petrópolis: Vozes, 1980.
- BOHM, David. *A totalidade e a ordem implicada*. São Paulo: Cultrix, 1980.
- BONFIM, Zulmira A. C. & BRANDÃO, Israel (orgs.). *Nos jardins da psicologia comunitária*. Fortaleza: Edições UFC, 2000.
- BORJA, Jordi. As cidades e o planejamento. In: FELDMAN, Sarah & KAYANO, Jorge (coord.). *Avaliação de experiências de planejamento estratégico de cidades*. Relatório manuscrito. São Paulo, 1998.
- BRANDÃO, Carlos R. *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1985.



- . *Repensando a pesquisa participante*. S.Paulo: Brasiliense, 1987.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em fotocópia, 2006.
- . *Pactos pela vida*, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. *Censo demográfico*. Brasília: IBGE, 2000.
- BROWN, Gillian & YULE, George. *Análisis del discurso*. Trad. Silvia Iglesias Recuero. Madri: Visor Libros, 1993.
- BUBER, Martin. *Eu e tu*. São Paulo: Moraes, 1977.
- CÂMARA, Cândida M. Farias. *Sentimento de afetividade sob o prisma de três olhares*. Bacharelado em Psicologia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2006, 67 pp.
- CAMPBELL, Joseph. *A extensão interior do espaço exterior*. São Paulo: Campus, 1991.
- CAPLAN, G. *Principios de psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- . *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix, 1997.
- CASTRO, Geisa Sombra. *O luto na comunidade*. Bacharelado em Psicologia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2006, 84 pp.
- CAVALCANTE, M. Ruth Barreto; GÓIS, Cezar Wagner de Lima; DIÓGENES, Fátima; ARRAES, Cristiane & REGINA, Cássia. *Educación biocéntrica: un movimiento de construcción dialógica*. Fortaleza: Edição CDH, 2004.
- CEARÁ, Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais. *Documentos Útero*, Fortaleza: IPF, 2005.
- CHAVES, Flora Lima. *Com a palavra, usuários do Caps de Canindé!* Bacharelado em Psicologia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2006, 85 pp.
- CIAMPA, Antonio da C. *A estória do Severino e a história de Severina*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- CODO, Wanderley. *O que é alienação*. 6.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- DENZIN, N. *Sociological Methods*. Chicago: Aldine, 1978.
- DILTHEY, Wilhelm. *Sistema da ética*. São Paulo: Ícone, 1994.
- DONINI, A. *Acompanhamento terapêutico*. Disponível em <<http://www.entreamigos.com.br/Dicas/acompanhamento.html>>. Acesso em 10/8/2006.
- DURÁN, Ángeles. *Desigualdad social y enfermedad*. Madri: Tecnos, 1983.



- DURLAK, J. Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, n.º 86, pp. 80-92, 1979.
- DUSSEL, Enrique. *Introducción a una filosofía de la liberación latinoamericana*. México: Nueva América, 1973.
- . *Filosofia da libertação na América Latina*. São Paulo: Loyola, 1977.
- ENGLERT, Hermann. Sinal de alerta. *Viver/Mente e cérebro*, São Paulo, n.º 156, pp. 80-4, jan. 2006.
- FALS BORDA, Orlando. Por la praxis: el problema de cómo investigar la realidad para transformarla. *Simposio Internacional de Cartagena*, vol. I, pp. 209-49, 1978.
- FANNON, Frantz. *Condenados da terra*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- . *Pele negra; máscaras brancas*. Trad. Maria Adriana da S. Caldas. Bahia: Editora Fator, 1983.
- FARACO, Carlos Alberto. *Linguagem & diálogo: as idéias lingüísticas do círculo de Bakhtin*. Curitiba: Criar Edições, 2003.
- FELINTO, Marilene. Com-Fome-Mente. In: SÁ, Xico & DETTMAR, U. *Nova geografia da fome*. Fortaleza: Banco do Nordeste, 2005.
- FIORI, Ernani M. *Aprender a decir su palabra: el método de alfabetización del profesor Paulo Freire*. Madri: Siglo XXI, 1995.
- FLORES, Feliciano E. V. *Educação biocêntrica: aprendizagem visceral e integração afetiva*. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2006.
- FONSECA, José S. Filho. *Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno*. 2.ª ed. São Paulo: Ágora, 1980.
- FRANKL, Viktor E. *A questão do sentido em psicoterapia*. Trad. Jorge Mitre. Campinas: Papirus, 1990.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 7.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- . *Conscientização*. São Paulo: Moraes, 1980.
- . *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*. 18.ª ed. México: Siglo Veintiuno, 1993.
- . *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994a.
- . *La educación como práctica de la libertad*. 42.ª ed. México: Siglo XXI-Tierra Nueva, 1994b.



- FUX, Maria. *Dança, experiência de vida*. São Paulo: Summus, 1983.
- GALEANO, Eduardo. *As veias abertas da América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- GARAUDY, Roger. *Dançar a vida*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology*. Nova Jersey: Prentice Hall, 1967.
- GLEICK, James. *Caos: a criação de uma nova ciência*. Rio de Janeiro: Campus, 1990.
- GOIS, Cezar Wagner de L. Por uma psicologia popular. *Revista de Psicologia da UFC*, Ceará, vol. 3, n.º 2, pp. 25-26, 1985.
- . *Noções de psicologia comunitária*. 2.^a ed. Ceará: Edições UFC, 1994.
- . *Biodança: identidade e vivência*. 2.^a ed. Fortaleza: Edições IPF-Ce, 2002.
- . *Psicologia comunitária no Ceará: uma caminhada*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2003.
- . *Psicologia comunitária: atividade e consciência*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.
- . Reflexões sobre uma cultura biocêntrica. *Revista Eletrônica Pensamento Biocêntrico*, Porto Alegre, n.º 5, pp. 89-98, jan.-jun. 2006.
- GONZÁLEZ, A. Martín; FUERTES, F. Chacón & GARCÍA, M. Martínez. *Psicología comunitaria*. 2.^a ed. Madri: Visor, 1993.
- GONZÁLEZ REY, Fernando. *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson, 2003.
- GUERRERIO, Gianbruno. Corpo em ebulição. *Viver/Mente e Cérebro*, São Paulo, n.º 148, pp. 44-9, mai. 2005.
- GUEVARA, Ernesto Che. *Valor da vida*. Havana, 1986 (Frase estampada em um hospital).
- HABERMAS, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa*. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madri: Taurus, 1987.
- HOLLINGSHEAD, A. & REDLICH, F. *Social Class and Mental Illness*. Nova York: Wiley, 1958.
- IPF. *Documentos UTERO*. Fortaleza: Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005
- JAKOBSON, R. *Essais de linguistique générale*. Paris: Minuit, 1963.



- KABEER, Naila. Género, desarrollo y capacitación: aumentar la capacitación en el proceso de planificación. In: ANDERSON, Mary B. *Desarrollo y diversidad*. Trad. José Antonio Sanahuja. Barcelona: Icaria, 1998.
- KANDEL, Eric R. et al. *Princípios de neurociência*. São Paulo: Manole, 2003.
- KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. 4.^a ed. RJ: Paz e Terra, 1976.
- KUSCH, Rodolfo. *América profunda*. Buenos Aires: Bonum, 1986.
- LACRUZ, Marta Gil. *Salud y fuentes de apoyo social: análisis de una comunidad*. Doutorado. Valença: Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, 1997.
- LANE, Sílvia T. Maurer. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, Sílvia T. Maurer; CODO, Wanderley et al. *Psicologia social: o homem em movimento*. 5.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- . Histórico e fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. In: FREITAS, Campos et al. *Psicologia social comunitaria: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- LANE, Sílvia T. Maurer & SAWAIA, Bader B. Psicologia, ¿Ciencia o política?. In: MONTERO, Maritza (coord.). *Acción y discurso: problemas de psicología política en América Latina*. Caracas: Eduven, 1991.
- LATORRE, A.; DEL RINCÓN. D. & ARNAL, J. *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Ed. GR92, 1996.
- LEIS, Raúl. Educación y práctica transformadora. *Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, Madrid, n.º 110, pp. 67-80, 1998.
- LEONTIEV, Alexei N. *La actividad en la Psicología*. Trad. Luis Oliva. Havana: Editorial de Libros para la Educación, 1979.
- . *Actividad, conciencia y personalidad*. Havana: Editorial Pueblo y Educación, 1982.
- LOVELOCK, James. *Gaia*. Lisboa: Edições 70, 1987.
- . *As eras de gaia*. Rio de Janeiro: Campus, 1991.
- LOYELLO, Washington. *Para uma psiquiatria da libertação*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- LOZANO, Jorge; PEÑA-MARÍN, A. & ABRIL, Gonzalo. *Análisis del discurso: hacia una semiótica de la interacción textual*. Madri: Cátedra, 1993.
- LURIA, Alexander Romanovich. *Desarrollo histórico de los procesos cognitivos*. Trad. Arturo Villa. Madri: Akal, 1987a.



- . *Pensamento e linguagem*: as últimas conferências de Lúria. Trad. Diana Myriam Lichtenstein & Mário Corso. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987b.
- . *O cérebro humano e a atividade consciente*. Trad. Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Ícone, 1989.
- MARGULIN, Lynn & SAGAN, Dorion. *Micro-Cosmos*. Lisboa: Edições 70, 1986.
- MARTÍN-BARÓ, Ignacio. Métodos en psicología política. In: MONTERO, Maritza (coord.). *Acción y discurso: problemas de psicología política en América Latina*. Caracas: Eduven, 1991.
- . *Psicología de la liberación*. Organização de Amalio Blanco. Madri: Editorial Trotta, 1998.
- MARTINS, José de S. (org.). *Introdução crítica à sociologia rural*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- MATOS, Francisco J. Abreu. *Farmácias vivas*. Fortaleza: Edições UFC, 1994.
- MEHAN, H. & WOOD, H. *The Reality of Ethnomethodology*. Nova York: Wiley, 1975.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENEZES, Ana Luisa T. *A alegria do corpo-espírito saudável: ritos de aprendizagem guarani*. Doutorado em Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *Merleau-Ponty*. Coleção Os Pensadores, São Paulo: Abril Cultural, 1984.
- MÉSZÁROS, István. *Marx: a teoria da alienação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MOFFATT, Alfredo. *Psicoterapia do oprimido*. São Paulo: Cortez, 1980.
- MORENO, Jacob. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1990.
- MUNNÉ, Frederic. *La interacción social: teoría y ámbitos*. Barcelona: PPU, 1995.
- MUSITU OCHOA, Gonzalo; HERRERO, Juan & GRACIA, Enrique. Integración, participación comunitaria y salud mental: un estudio empírico de sus relaciones. In: VIDAL, Sánchez & OCHOA, Musitu. *Intervención comunitaria: aspectos científicos, técnicos y valorativos*. Barcelona: EUB, 1996.



- NEISTADT, Maureen E. Tratamiento del estrés. In: HOPKINS, Helen L. & SMITH, Helen D. (orgs.). *Terapia ocupacional*. Madri: Editorial Médica Panamericana, 1998.
- NEPOMUCENO, Léo B. *Nordestinos e nordestinados: elementos para uma reflexão psicossocial sobre subdesenvolvimento no Brasil*. Bacharelado em Psicologia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003, 49 pp.
- OLIVEIRA, Luciane Alves de. *Calidad de vida percibida de ancianos urbanos y rurales en dos comunidades litorales del Estado de Ceará, Brasil*. Doutorado em Psicologia. Barcelona: Universidade de Barcelona, 2003, 401 pp.
- OLIVEIRA, Pedro A. R. de. O marxismo em questão — a propósito da “instrução sobre alguns aspectos da Teologia da Libertação”. *Comunicações do Iser*, Rio de Janeiro, a. 3, n.º 11, p. 14, 1984.
- PACHECO, Lílian. *Pedagogia Griô: a reinvenção da roda da vida*. Lençóis, Ba, 2006.
- PIAGET, Jean. *A representação do mundo na criança*. Trad. Rubens Fiúza. Rio de Janeiro: Record, 1985.
- PNUD-ONU. *Informe sobre el desarrollo humano*. Madri: Ediciones Mundi-Prensa, 1997.
- POL, Enric & VALERA, S. El concepto de identidad social urbana: una aproximación entre la Psicología Social y la Psicología Ambiental. *Anuário de Psicología*, Barcelona, pp. 6-24, 1994.
- POTTER, J. & WETHERELL, M. *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behavior*. Londres: Sage, 1987.
- QUIROGA, Ana. *Las ideas de Paulo Freire*. Buenos Aires: Editora Mestre Jou, 1982.
- REICH, Wilhelm. *A análise do caráter*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1979.
- RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- RIBEIRO, Kelen Gomes. *Estado regressivo e saúde percebida em biodança*. Fortaleza: UFC, 2005, 20 pp.
- . *Trajetória de uma líder comunitária: considerações acerca da história de uma liderança na perspectiva da psicologia comunitária*. Fortaleza, 2004, 113 pp.
- RICHARDSON, Roberto J. et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1985.



- ROGERS, Carl. *Tornar-se pessoa*. 4.^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- . *Grupos de encontro*. 3.^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- . *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- ROQUETTI, Maria D. Araújo, *Terapia comunitária*. Disponível em <http://www.jperegrino.com.br/Terapias/terapia_comunitaria.htm>. Acesso em: 13/8/2006.
- SALAZAR, María Cristina. *La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos*. Madri: Editorial Popular, 1992.
- SANDERS, Thomas G. *The Paulo Freire Method*. Nova York: American Universities Field Staff, 1968.
- SAPOLSKY, Robert. Assumindo o controle do estresse. *Scientific American do Brasil*, São Paulo, n.º 17, pp. 75-81, out. 2003.
- . Doentes de pobreza. *Scientific American do Brasil*, São Paulo, n.º 45, pp. 75-81, fev. 2006.
- SAUSSURE, F. *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot, 1949.
- SAWAIA, Bader; LANE, Sílvia T. Maurer et al. *Novas veredas da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- SÃO PAULO, Secretaria de Saúde. *Acolhimento*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2002.
- SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 5, n.º 1, pp. 1-10, 2000.
- SIMÕES Jorge, J. *A ideologia de Paulo Freire*. 2.^a ed. São Paulo: Loyola, 1981.
- SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia da análise das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, Sandra & GUARESCHI, Pedrinho (orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- STUBSS, Michael. *Análisis del discurso: análisis sociolingüístico del lenguaje natural*. Trad. Celina González. Madri: Alianza, 1987.
- THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1988.
- TORO, Rolando. *Coletânea de textos de biodança*. Organizado por Cezar Wagner de L. Góis. 2.^a ed. Fortaleza: Editora ALAB, 1991.
- TORREGROSA, José R. (org.). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madri: Siglo Veinteuno, 1992.



- TOURAINÉ, Alain. *Palavra e sangue*. São Paulo: Editora Unicamp, 1982.
- TURNER, John C. *Redescubrir el grupo social*. Trad. Pablo Manzano. Madri: Ediciones Morata, 1990
- VAN DIJK, Teun A. Principles of Critical Discourse Analysis. *Discourse & Society*, Londres, vol. 4(2), pp. 249-83, 1993.
- VIDAL, A. Sánchez. *Psicología comunitaria: bases conceptuales y operativas, métodos de intervención*. 2.^a ed. Barcelona: PPU, 1991.
- . *Ética de la intervención social*. Barcelona: Paidós, 1999.
- VIEIRA, Margarida. A banalização do mal. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 25, agosto 1995.
- VILLAR, Feliciano. *Representación social del envejecimiento a lo largo del ciclo vital*. 1998. Doutorado. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- VISAUTA, Bienvenido. *Técnicas de investigación social — I: Recogida de Datos*. Barcelona: PPU, 1989.
- VYGOTSKI, Lev Semenovich & LURIA, Alexander Romanovich. *Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primitivo e a criança*. Trad. Lólio Lourenço de Oliveira. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- VYGOTSKY, Lev Semenovich. *Pensamento e linguagem*. Trad. Jeferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- . *Obras escogidas*. Trad. A. Álvarez & P. Del Río. Madri: Centro de Publicaciones del MEC-Visor Distribuciones, vol. 1, 1991.
- . *Obras escogidas*. Trad. A. Álvarez & P. Del Río. Madri: Centro de Publicaciones del MEC-Visor Distribuciones, vol. 2, 1993.
- . *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Trad. Silvia Furió. Barcelona: Hurope, 1996.



SEGUNDA ORELHA

Cezar Wagner de Lima Góis é professor de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Doutorou-se em Psicologia pela Universidade de Barcelona, Espanha. Coordena o Laboratório de Estudos Sobre a Consciência (Lesc), da Universidade Federal do Ceará e é membro do IPF-Ce, ong de Estudos Psicossiais e da Universidade Biocêntrica, Oscip de Promoção de Valores Pró-Vida.

e-mail: cwlg54@gmail.com