

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E *EMPOWERMENT* DA MULHER:
modelo metodológico de pesquisar-cuidar**

WILMA DIAS DE FONTES

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E *EMPOWERMENT* DA MULHER:
modelo metodológico de pesquisar-cuidar**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível doutorado, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.
Área temática: Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia
Universidade Federal da Paraíba

FORTALEZA - CEARÁ

Agosto – 2001

F682p

Fontes, Wilma Dias de.

Promoção da saúde e empowerment da mulher: modelo metodológico de pesquisarcuidar. / Wilma Dias de Fontes. – Fortaleza, 2001.

115f.: il. –

Orientadora: Telma Ribeiro Garcia

Tese (doutorado) – UFC/DE

1. Saúde pública – mulher; 2. Promoção da saúde – mulher; 3. sociopoética; 4. *Empowerment*.

UFPB/BC

CDU: 614

Para o desenvolvimento das atividades do Curso, a doutoranda contou com o auxílio, sob a forma de bolsa de estudos, do **PICDT-CAPES/UFPB**.

WILMA DIAS DE FONTES

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E *EMPOWERMENT* DA MULHER
modelo metodológico de pesquisar-cuidar**

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia – Presidente/UFPB

Profa. Dra. Iraci dos Santos – Membro efetivo/UERJ

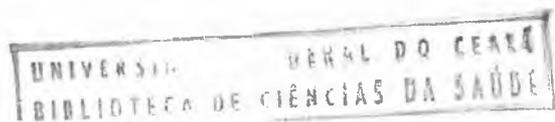
Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega – Membro efetivo/UFPB

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva – Membro efetivo/UFC

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira – Membro efetivo/UFC

Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso – Membro Suplente/UFC

Profa. Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela – Membro Suplente/UFC



*Aos meus pais, **Severino Francisco de Fontes e Maria Dias de Fontes**, valiosos presentes que, pelo exemplo de equilíbrio entre amor-zelo, sabedoria-humildade, responsabilidade-honestidade, me proporcionaram a concretização de mais uma etapa de minha vida. Dedicolhes o mérito desta vitória.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer a quem contribuiu para a concretude deste trabalho não é tarefa fácil. Utilizo este espaço para agradecer a **todas** as pessoas que me concederam contribuições, fosse de forma direta ou indireta, mesmo que não estejam aqui nominadas. Registro meus agradecimentos especiais àquelas pessoas que se tornaram imprescindíveis para o desenvolvimento deste trabalho.

A **Deus**, que, por seu amor infinito nos permite sonhos... e sabedoria para concretizá-los.

À Profa. Dra. **Telma Ribeiro Garcia** que, na condição de Orientadora, com sua competência, objetividade e determinação contribuiu de modo singular para o desenvolvimento deste estudo e, também, para a construção de minha história de vida. A ela minha admiração, respeito e eterna gratidão.

Às mulheres que participaram voluntariamente do **grupo-pesquisador**, e que aqui permanecem no anonimato, obrigada pela disponibilidade, confiança e respeito.

À Sra. **Terezinha Ferreira**, líder da Comunidade Maria de Nazaré, por acreditar nas possibilidades e facilitar minha introdução no local do estudo.

Aos **meus familiares** que, cada um à sua maneira, tornaram este trabalho mais suave e prazeroso.

Às Profas. **Juracy Farias de Assis** e **Maria das Graças de Melo Fernandes**, amigas de área departamental, minha gratidão especial por facilitar minha liberação.

À Profa. Dra. **Thelma Leite de Araújo**, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, quando do meu ingresso no Curso de Doutorado, e à Profa. Dra. **Maria Socorro Pereira Rodrigues**, atual Coordenadora, pela oportunidade e confiança a mim dispensadas.

Aos professores do Curso de Doutorado, em especial, às Profas. **Thelma Leite, Raimunda Magalhães, Lorita Pagliuca, Neiva Francenely, Grasiela Barroso, Nazaré Fraga, Zulene Varela, Glória Leitão, Marta Damasceno** e ao Prof. **Rui Verlaine**, pelos ensinamentos e orientações, que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

À Profa. **Valéria Peixoto Bezerra**, Chefe do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração, por facilitar o meu afastamento para cursar o Doutorado em Enfermagem/UFC.

Agradeço também, aos colegas de turma: **Maria Filha, Salete, Rosiléa, Lúcia de Fátima, Lucilane, Vera Lúcia, Fátima Luna, Mirna, Consuelo, Nellie, Almerinda, Benedita, Nágela, Zuíla, David e Marcos**, pela amizade firmada e pelo convívio, atenção e respeito mútuos.

As funcionárias da Coordenação do Programa de Pós-Graduação/UFC, **Roberta Mendes e Joelma Veras**, pela atenção, respeito e solicitude.

À Sra. **René** e ao Sr. **Júnior**, responsáveis pela Casa Cenecista/Fortaleza-CE, meu agradecimento fraterno pela acolhida, atenção e respeito dispensados, os quais minimizaram a saudade e a distância de minha família.

Às bibliotecárias **Bernadete dos Santos e Débora Chaves**, da Universidade Federal da Paraíba, pelas orientações e revisão bibliográfica.

À **Coordenação do PICDT/CAPES/UFPB**, pelo auxílio, sob forma de bolsa de estudo, para o desenvolvimento das atividades durante o Curso de Doutorado.

SUMÁRIO

RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS	xiii
1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	23
2.1 A ABORDAGEM PEDAGÓGICA DE PAULO FREIRE	24
2.2 A ABORDAGEM DA SOCIOPOÉTICA	29
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E <i>EMPOWERMENT</i>	32
3 TRAJETÓRIA E RESULTADOS DO ESTUDO	41
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO	42
3.1.1 A saga da Comunidade Maria de Nazaré	45
3.2 FASES DO ESTUDO	50
3.2.1 Formação do grupo-pesquisador	53
3.2.2 Escolha do tema a ser pesquisado	57
3.2.3 Produção de dados	60
3.2.4 Análise e experimentação dos dados, pela facilitadora	73
3.2.4.1 Imaginário do grupo-pesquisador sobre a mama sadia	74
3.2.4.2 Imaginário do grupo-pesquisador sobre o conceito, os fatores de risco e as medidas de prevenção e de detecção precoce do câncer de mama	78
3.2.5 Análise, avaliação e discussão das análises, não-análises e experimentações da facilitadora, pelo grupo	88
3.2.6 Teorização por generalização	89
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
5 ANEXOS	101
6 REFERÊNCIAS	109

RESUMO

FONTES, Wilma Dias de. **Promoção da saúde e *empowerment* da mulher: modelo metodológico de pesquisar-cuidar.** 2001. 115f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Aborda-se um modelo metodológico de pesquisar-cuidar, fundamentado na sociopoética e na pedagogia de Paulo Freire. A finalidade do estudo foi a de contribuir para o avanço da compreensão do processo de promoção da saúde, através do emprego de um modelo de atuação profissional que associa a criatividade e a criticidade ao lidar com as demandas de saúde de um grupo de mulheres. O pressuposto do estudo é o de que, ao se incorporar às ações de cuidado características de subjetividade, sensibilidade, solidariedade, criatividade, criticidade, de modo a facilitar, no ser de quem se cuida, a emergência da autonomia, autodeterminação, liberdade e prazer, estar-se-á permitindo que a Enfermagem seja entendida e praticada, para além da técnica, como ciência e, especialmente, como **arte**. O estudo foi realizado na Comunidade Maria de Nazaré – João Pessoa - Paraíba, no período de 12 de agosto a 19 de dezembro do ano de 2000. O universo dos sujeitos que fizeram parte do estudo foi representado pelas mulheres residentes na Comunidade Maria de Nazaré. Vinte e quatro mulheres participaram de modo efetivo e assíduo dos encontros do grupo-pesquisador. A identificação do tema prioritário a ser trabalhado – **câncer de mama** – foi feita pelo grupo-pesquisador, a partir de seus próprios interesses, como determina a abordagem da sociopoética e a pedagogia freiriana. O processo de produção de dados ocorreu de modo dialógico e participativo, utilizando-se para tal a “técnica dos lugares geomíticos” e a dinâmica “a árvore do conhecimento”, as quais permitiram a identificação do imaginário coletivo sobre a mama sadia e sobre o câncer de mama, assim como a revelação de lacunas no quefazer profissional da área de saúde. As vivências com o grupo-pesquisador revelaram como *confeto* o **cuidado dialógico-libertador**, que pode ser compreendido como aquele que envolve a sensibilidade, criatividade, dialogicidade e ética como características essenciais; e que é, de fato, capaz de contribuir para um novo modo de pensar, sentir e agir, na perspectiva de promover o *empowerment* da clientela.

ABSTRACT

FONTES, Wilma Dias de. **Health Promotion and Woman Empowerment: methodological pattern of researching-caring.** 2001. 115f. These (Nurse Doctorate). Univeridade Federal do Ceará, Fortaleza.

It is approached a methodological pattern of researching-caring, that is based on Paulo Freire's sociopoetic and pedagogy. The aim of this study was to contribute to the comprehension advance of health promotion process, through the employment of a professional performance pattern which associates creativity and criticity in dealing with health damands of group of women. The pressuposition of the study, is the one that, when is incorporated to the actions of care, which are features of subjetivity, sensibility, solidarity, creativity and criticity, so that to facilitate, in the being who is cared, the emergency of autonomy, self determination, freedom and pleasure, will be allowing that Nursing be understood and practiced over technique, as a science and specially as an Art. The study was accomplished in the Maria de nazaré Community- João Pessoa – Paraíba, from 12 August to 19 december, 2000. The universe of individuals who took part in the study was represented by women living in the Maria de Nazaré Community. Twenty-four women participated effectively and assiduously, in the group-researcher meetings. The identification of priority theme to be worked out – breast cancer – was made by the group-researcher, from its own interests on, as it is determined by the freiriana sociopoetic and pedagogy approach. The data production process occurred in a diallogical and participative way, using for that the “geomythical places technique” and the dynamic “the knowledge tree”, which allowed the identification of the collective imaginary on healthy breast and breast cancer, as well as the revelation of lacks in professional what-to-do in the health area. The experience with the group-researcher revealed as confeto, the “diallogical-libering care” which can be comprehended as that one which involves sensibility, creativity, diallogicity and ethic, as essencial characteritics; and it is, in fact, able to contribute for a new way of thinking, felling and acting, under the perspective of promoting the empowerment of the clientele.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Localização geográfica da Comunidade Maria de Nazaré	43
Figura 2 – Escola da Comunidade Maria de Nazaré	48
Figura 3 – Modelo Metodológico do Estudo	52
Figura 4 – Crachás utilizados pelo grupo-pesquisador	55
Tabela 1 – Distribuição de variáveis sócio-demográficas das mulheres participantes do grupo-pesquisador, segundo faixa etária (n = 24) – João Pessoa, agosto a dezembro de 2000	56
Figura 5 – Filhos de mulheres do grupo-pesquisador em atividades sócio-educativas	57
Quadro 1 – Demanda de saber do grupo-pesquisador	59
Quadro 2 - Objetivação da mama sadia como uma Terra	62
Figura 6 – Participantes do grupo-pesquisador durante técnica de relaxamento	64
Figura 7 – A árvore do conhecimento coletivo sobre o câncer de mama	65
Quadro 3 - Objetivação do câncer de mama como uma Terra	66
Quadro 4 - Objetivação dos fatores de risco para o câncer de mama como um Poço	68
Quadro 5 - Objetivação das medidas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama como um Caminho	69

.... o futuro nos apresenta tantos perigos e tantas oportunidades que valerá a pena procurar e criar novos caminhos para preparar as novas gerações para os desafios do mundo.

Kurt L. Lenhard (1986, p. 82)

1 INTRODUÇÃO

A eficácia de ações voltadas para a promoção da saúde de diferentes agrupamentos da população brasileira tem se constituído em um desafio constante para os profissionais da área. Este trabalho representa mais um exemplo da busca de alternativas teóricas e/ou metodológicas que respondam ao desafio que está posto. Sua finalidade é a de contribuir para o avanço da compreensão do processo de promoção da saúde, através do emprego de um modelo de atuação profissional que associa a criatividade e a criticidade ao lidar com as demandas de saúde de um grupo de mulheres.

SCOREL (1989, p.182), ao focalizar a saúde como direito constitucional, destaca que "... a saúde é um elemento vital, que mexe com a vida e morte dos seres humanos, que perpetua ou liberta (...) das relações de dominação", afirmando que esta representa um componente fundamental para a cidadania e a democracia. Mesmo reconhecendo que a saúde é parte integrante do processo vital humano, a história demonstra que, em nosso País, a efetivação desse direito vem se materializando com excesso de lentidão.

As conquistas que se podem identificar no âmbito do direito à saúde são resultantes de mobilizações de grupos representativos de vários setores da sociedade, a exemplo de profissionais da saúde e áreas afins, intelectuais, sindicatos e organizações populares, entre outros, que participaram/participam do Movimento de Reforma Sanitária, que se iniciou em nosso País a partir de meados da década de 1970 e que ainda continua a almejar mudanças imprescindíveis para a efetivação do direito e da atenção à saúde.

Entre os vários movimentos que vêm fortalecendo as conquistas na área da saúde, destaca-se o Movimento Feminista, que se fez representar em todos os momentos e instâncias, e participou ativamente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual representou um marco para a consecução de um sistema de saúde universalizado, equânime, acessível e democrático, e que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde. Assim, vê-se expresso no Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL. Constituição, 1988, p.133).

A despeito da inscrição da saúde como um direito de todos e dever do Estado, testemunha-se, cotidianamente, esse direito ser contrariado, haja vista que, para uma significativa parcela da população, particularmente os menos favorecidos de bens e serviços, a saúde representa uma meta ainda não alcançada.

Pode-se afirmar haver uma lacuna entre o que é garantido constitucionalmente e que é efetivado na realidade. Isso se agrava ainda mais em decorrência do paradigma cartesiano que predomina e permeia a maioria das ações no processo de atenção à saúde, e que não consegue satisfazer adequadamente as demandas da população, por não entender que suas necessidades estão intimamente relacionadas às suas condições de existência, como também por subvalorizar os clientes como sujeitos históricos e excluir as possibilidades dos mesmos de se tornarem agentes do autocuidado.

Exemplo dessa problemática pode ser observado na assistência à saúde da mulher, prevista no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde, cuja efetivação, apesar de pioneiro no cenário mundial, como afirma OSIS (1998), dá-se de forma fragmentada, não respeitando a mulher como sujeito do processo de autocuidado.

Em especial, esse modo de assistir parece reduzir a eficácia das ações de promoção da saúde, por excluir a possibilidade criativa e crítica, possível e

indispensável quando se tem em perspectiva o *empowerment*¹ das mulheres. Desta forma, verifica-se a permanência, a despeito do considerável avanço científico e tecnológico à disposição dos profissionais da área, de certos agravos à saúde das mulheres, alguns deles de simples resolução, em que se buscasse aliar o autocuidado a ações de promoção da saúde.

Ao referir-se à promoção da saúde da mulher, COELHO (1996, p.209) enfatiza que as atividades educativas nesta área ocorrem "... centradas no poder e no saber profissional, sem oferecer oportunidade para a construção do senso comum, da consciência política e, conseqüentemente, da cidadania da mulher".

O problema descrito tem representado um desafio para os que se dedicam à promoção da saúde, incluindo-se aí as enfermeiras. Na realidade nacional evidencia-se, entre outros aspectos, *déficits* significativos na assistência pré-natal, além de um coeficiente de mortalidade materna que, apesar de decrescente, ainda é elevado. Este fato é reconhecido pelo Ministério da Saúde, ao afirmar que "... se todas essas mulheres tivessem condições de vida e atenção à saúde semelhante às dos países desenvolvidos, teriam sido evitados 98% destas mortes ..." (BRASIL. Ministério da Saúde, 1994, p.11).

A realidade do estado da Paraíba não difere do quadro nacional. Nesse Estado, observam-se elevados índices de morbi-mortalidade em diversos agravos à saúde da mulher, como também importantes *déficits* de conhecimento das mulheres sobre seu corpo e os fenômenos a ele associados.

Reconhecer esta situação tem exigido da Enfermagem o estabelecimento de intervenções específicas face às demandas de atenção à saúde das mulheres, seja para restaurá-la, mantê-la ou melhorá-la, a partir da ampla abordagem de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Ao mesmo tempo, tem-se almejado, no âmbito da profissão, maximizar a eficácia do processo de cuidar, buscando-se associar, aos avanços científicos, tecnológicos e políticos de saúde,

¹ Apesar de ser um estrangeirismo (anglicismo) e, como tal, de emprego não recomendável em trabalhos da ordem deste, optou-se por utilizar, em todo o texto, o termo *empowerment* por considerar que sua tradução como "empoderamento", apesar de cada vez mais usual, não expressa em sua inteireza o significado do conceito na língua original. Respeitar-se-á, no entanto esta tradução nos autores que a utilizam.

os aspectos de subjetividade, sensibilidade e solidariedade, necessários ao relacionamento efetivo enfermeira-cliente mulher.

Diante destas circunstâncias, considera-se ser premente e imprescindível que se reflita sobre a possibilidade, no âmbito da promoção da saúde, de aplicação de modelos de cuidado que visem o *empowerment* desta clientela, cuja vulnerabilidade é "... fato amplamente reconhecido e determinante de sua definição como prioritário para o desenvolvimento de ações básicas de saúde", como destacam CAVALCANTE & GARCIA (1992, p.2).

YAMIN (1997) destaca, como fundamental, o exercício básico do direito das mulheres sobre o curso e a qualidade de sua vida. Enfatiza também que, combinando a compreensão pragmática dos profissionais da saúde da mulher com a concepção mais ampla das normas de propriedades humanas, tem-se o potencial para transformar tanto o campo da saúde da mulher quanto o dos direitos humanos.

O cuidado efetivo e eficaz tem representado um desafio constante desde o início da profissão de Enfermagem. No âmbito da promoção da saúde, e tendo como meta o *empowerment* das mulheres e o atendimento mais adequado às suas demandas, acredito ser possível incorporar outras nuances aos aspectos anteriormente mencionados, entre as quais destaco a possibilidade do cuidado com criatividade e prazer, sugerida pela sociopoética, e com criticidade, permitida pela abordagem pedagógica de Paulo Freire.

Meu pressuposto fundamental é o de que, ao se incorporar às ações de cuidado características de subjetividade, sensibilidade, solidariedade, criatividade, criticidade, de modo a facilitar no ser de quem se cuida a emergência da autonomia, autodeterminação, liberdade e prazer, estar-se-á permitindo que a Enfermagem seja entendida e praticada, para além da técnica, como ciência e, especialmente, como **arte**.

É oportuno destacar que a cultura ocidental, por longo tempo, atribuiu à arte um caráter superior voltado para as elites, mas a subvalorizou como instrumento de produção do saber. Na área da saúde, a ênfase no paradigma cartesiano de construção do conhecimento resultou em um modelo de assistir que relegava a

um plano inferior a criatividade, a arte e tudo aquilo que tinha um caráter subjetivo.

No campo da Enfermagem, sabe-se que, desde seus primórdios, a arte do cuidado esteve presente como uma marca fundamental. No decorrer da história da profissão, entretanto, esta característica foi um tanto quanto desvalorizada, haja vista sua associação com um fazer dissociado do pensar, que dificultava o entendimento da Enfermagem como ciência. A enfermagem contemporânea, no entanto, tem resgatado e discutido a arte do cuidado, descrevendo novas modalidades terapêuticas envolvidas nesse processo, em que se busca não dissociar os sujeitos, seus cenários, suas histórias e suas práticas, a exemplo dos trabalhos de SOBRAL (1996) e TAVARES (1998), entre outros possíveis.

No entender de CHINN (1998), cuidar demanda uma forte capacidade de imaginação e criatividade, porque nós, enfermeiras, temos que ser capazes de imaginar e projetar transformações e mudanças. Nesta perspectiva, o cuidado pode assumir um caráter libertador, permitindo o resgate das idéias de FREIRE (1997a, p.92), quando este afirma que "... através de sua permanente ação transformadora da realidade objetiva, os homens, simultaneamente, criam a história e se fazem seres histórico-sociais". Para garantir a efetividade da relação sujeito-sujeito, há de se considerar que "... o ser humano é uma totalidade que recusa ser dicotomizada", como afirma FREIRE (1997b, p.117).

Acredito pois que, para que o cuidado seja tanto pleno quanto eficaz, é necessário que seja um ato de solidariedade, um compromisso político e ético e, ao mesmo tempo, um conhecimento e um saber estéticos. É oportuno destacar que, em nossa realidade, esta possibilidade do cuidado criativo e crítico parece estar ainda incipiente. Portanto, necessita ser reforçada, haja vista remeter à (re)humanização do cuidado. Esta forma de valorizar a subjetividade que permeia o processo de cuidado e, por conseguinte, a historicidade das mulheres, é por demais importante, visto que permite fortalecê-las e, ao mesmo tempo, resgatar sua condição de cidadania.

Partindo desta compreensão, devem fazer parte intrínseca desse processo os sujeitos e os seus sistemas de significação acerca do cotidiano, contrariando a

Partindo desta compreensão, devem fazer parte intrínseca desse processo os sujeitos e os seus sistemas de significação acerca do cotidiano, contrariando a concepção acrítica, arbitrária e dominante da ciência, por vezes parcial e excludente do saber popular. FREIRE (1992, p.28) destaca que "... o homem, não pode ser compreendido fora de suas relações com o mundo, de vez que é um 'ser-em-situação', (...) ser da práxis; da ação e da reflexão". Do ponto de vista da sociopoética, GAUTHIER (1999, p.88,) considera que, "entre os grupos e o sentido, para eles, dos conceitos da vida cotidiana, sempre existe a mediação da práxis"; reciprocamente, "a práxis é mediatizada por imagens, toques, cheiros, gostos, ritmos, espaços, olhares, tempos ... ". São modos de conhecer, agir e fazer que, no meu entender, devem ser valorizados e utilizados no âmbito da Enfermagem durante o processo de cuidar.

Essas inquietações de ordem teórico-prática levaram-me ao seguinte questionamento: *Que confeto(s)² se cria(m) ou se revela(m) ao ser associadas, em uma estratégia educativa para a promoção da saúde que resulte em empowerment da mulher, a criatividade permitida pela sociopoética à criticidade da abordagem pedagógica de Paulo Freire?*

Partindo desse questionamento básico, foram estabelecidos para este trabalho os seguintes objetivos:

- Desenvolver, no contexto de promoção da saúde, tendo como meta o *empowerment* de um grupo de mulheres de uma comunidade localizada no município de João Pessoa – PB, um modelo metodológico de pesquisar/cuidar fundamentado na sociopoética e na pedagogia de Paulo Freire.
- Identificar que novo(s) confeto(s) se cria(m) ou se revela(m) ao se aplicar esse modelo metodológico de pesquisar/cuidar.

² Segundo GAUTHIER (1999, p.60) o termo *confeto* refere-se ao produto permitido pela "... mistura de conceitos e afetos" evidenciados pelo grupo-pesquisador no processo de produção do conhecimento.

Pretende-se que esse trabalho possa contribuir tanto para mudanças no pensar, sentir e agir da enfermeira ao desenvolver ações de promoção da saúde da mulher (institucionalizadas ou não), quanto para superar o fosso (tão incômodo!) que existe entre o saber instituído e o saber popular, e que não nos deixa evocar os clientes como sujeitos histórico-sociais no processo de cuidar. Além disto, espera-se colaborar para a ampliação da reflexão acerca da qualidade das ações de promoção da saúde no ensino da Graduação e da Pós-Graduação, seja na Enfermagem ou em outra área do conhecimento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

2.1 A ABORDAGEM PEDAGÓGICA DE PAULO FREIRE

Paulo Reglus Neves Freire, nasceu em 1921, em Recife – PE. Recebeu os primeiros impulsos para leitura das palavras através de orientações de sua genitora, que as escrevia com gravetos das mangueiras, à sombra delas. Ele dizia que sua alfabetização não foi nada enfadonha, porque emergiu de palavras e frases ligadas à sua experiência pessoal (ANA FREIRE, 1996). Em vista disso, creio poder-se afirmar que o método educativo desenvolvido posteriormente por ele teve a primeira semente plantada no momento de sua própria alfabetização.

Concluiu a escola primária e secundária na cidade de Jaboatão, a 18 quilômetros do Recife – PE, espaço-tempo que, pelas relações sociais aí efetivadas, representou um *continuum* de aprendizagem, de dificuldades e de alegrias. Segundo narrativa de ANA FREIRE (1996, p.30), os acontecimentos que se deram em tal espaço “... lhe ensinaram a harmonizar o equilíbrio entre o ter e o não-ter, o ser e não-ser, o poder e o não-poder, o querer e o não-querer”.

Aos 22 anos de idade, ingressou na Faculdade de Direito do Recife. Obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, defendendo a tese intitulada “Educação e Atualidade Brasileira”, após prestar concurso, em 1959. O título de Livre-Docente da cadeira de História e Filosofia da Educação da Escola de Belas Artes, foi-lhe conferido, por força da lei vigente, em decorrência do referido concurso (ANA FREIRE, 1996).

Firmou-se como educador progressista ao defender uma educação voltada para a democracia, efetivada por um processo horizontal, não assistencialista e mediado pela realidade concreta, em que fosse estimulada a colaboração, participação,

decisão e responsabilidade social e política do educando. Almejou uma educação de adultos que deveria fundamentar-se na consciência da cotidianidade dos alfabetizados, para não resultar num simples conhecer de letras, vocábulos e frases.

Após a Revolução de 1964, foi exilado por quase dezesseis anos, morando, sucessivamente, em Santiago do Chile, Cambridge, Massachusetts e Genebra. Segundo GADOTTI (1996), Paulo Freire dava testemunho do crescimento pessoal e das aprendizagens que o exílio lhe permitiu, especialmente no que concerne à evolução de seu modelo pedagógico.

Durante sua vida profissional, acumulou experiências em ensino, administração e assessoramento em diversas entidades educacionais, especialmente no estado de Pernambuco.

Suas obras literárias, voltadas para a Educação, são detentoras de um valor singular e inestimável; conhecidas nacional e internacionalmente, expressam formas de se fazer emergir a consciência política das classes populares, conduzem a uma reflexão sobre a prática da educação voltada para os movimentos populares. Entre as mais conhecidas destacam-se “Educação Como Prática da Liberdade”, editada em 1967, e, sobretudo, “Pedagogia do Oprimido”, editada em 1970 e publicada em mais de vinte idiomas. A última, “Pedagogia da Autonomia” é fonte de reflexão para os educadores e um verdadeiro guia de conduta ético-profissional para aqueles que almejam a educação como prática de liberdade.

Paulo Freire faleceu no dia 02 maio de 1997. Avaliando sua trajetória pessoal, dizia (FREIRE, 1995, p.140):

Penso que poderá ser dito quando já não esteja no mundo: Paulo Freire foi um homem que amou. Ele não podia compreender a vida e a existência humana sem amor e sem a busca de conhecimento. Paulo Freire viveu, amou e tentou saber. Por isso mesmo foi um ser constantemente curioso.

Com seu projeto de educação, Paulo Freire almejava uma alfabetização democrática, objetivando contribuir, no âmbito da Pedagogia, para equacionar as

condições de opressão em que viviam as classes populares. Estava certo de que "... a contribuição a ser trazida pelo educador brasileiro à sociedade em 'partejamento' (...) haveria de ser a de uma educação crítica e criticizadora" (FREIRE, 1989, p.86). Segundo ele, a resposta para essa situação deveria abranger aspectos do desenvolvimento econômico, da participação popular e da inserção crítica do homem no processo de democratização político-social que defendia. Nessa "resposta pedagógica" não se deveria descuidar das raízes histórico-culturais ao resgatar o povo da imersão em que vivia, educando-o para ser sujeito, para a decisão, para a responsabilidade social e política (FREIRE, 1989).

A abordagem pedagógica defendida por Paulo Freire tem como destaque a ênfase na liberdade de homens e mulheres, como sujeitos históricos, propiciada através da participação livre, consciente e crítica sobre a realidade. Esta participação, assim adjetivada, é entendida como um dos princípios indispensáveis para se alcançar a efetividade e eficácia do método freiriano. Em suas palavras, "... se há saber que só se incorpora ao homem experimentalmente, existencialmente, este é o saber democrático" (FREIRE, 1989, p.92).

WEFFORT (1989, p.26) descreve o método de Paulo Freire como "uma pedagogia que elimina pela raiz as relações autoritárias, onde não há 'escola' nem 'professor', mas círculos de cultura e um coordenador cuja tarefa essencial é o diálogo."

Os pressupostos da concepção problematizadora e libertadora da educação evidenciam sua visão de mundo e podem ser identificados nessa assertiva:

... se os homens são estes seres da busca e se sua vocação ontológica é humanizar-se, podem, cedo ou tarde, perceber a contradição em que a educação bancária pretende mantê-los e engajar-se na luta por sua libertação; um educador humanista, revolucionário, não há de esperar esta possibilidade. Sua ação, identificando-se, desde logo, com a dos educandos, deve orientar-se no sentido da humanização de ambos. (...) sua ação deve estar infundida da própria crença nos homens. Crença no seu poder criador (FREIRE, 1997a, p.62).

O método pedagógico proposto por ele contempla seis etapas, a saber, levantamento do universo vocabular; escolha das palavras geradoras; criação de situações existenciais; elaboração de fichas-roteiro; feitura de fichas com decomposição das famílias fonêmicas; e execução prática (FREIRE, 1989). Entretanto, se o educando já é alfabetizado, o método inicia-se com a busca dos temas geradores ou significativos, a que se segue a codificação e, nos círculos de cultura, a decodificação dos mesmos. FREIRE (1997a).

A escolha dos temas geradores exige alguns critérios. Segundo FREIRE (1989, p.113), essa escolha deve basear-se:

a) na riqueza fonética; b) nas dificuldades fonéticas (as palavras escolhidas devem responder às dificuldades fonéticas da língua, colocadas numa seqüência que vá gradativamente das menores às maiores dificuldades); e c) no teor pragmático da palavra, que implica numa maior pluralidade de engajamento da palavra numa dada realidade social, cultural, política, etc.

A criação de situações existenciais típicas do grupo, corresponde às "... situações-problema, codificadas, guardando em si elementos que serão decodificados pelo grupo com a colaboração do coordenador", como afirma FREIRE (1989, p.114). Funcionam como desafio ao grupo e o debate em torno delas favorecerá a conscientização do grupo, possibilitando a abertura para perspectivas de análise de sua inter-relação com situações mais amplas (regionais/nacionais).

A decodificação dos temas geradores ocorre nos círculos de cultura. Nessa etapa, deve-se atentar especialmente para a existência de uma relação efetiva entre sujeitos, ou seja, entre o coordenador do grupo e os co-participantes. Nesse sentido, FREIRE (1989) destaca tanto a importância da atitude dialógica, que propicie a educação e não a "domestificação", quanto a importância da supervisão, para evitar os perigos do antidiálogo.

O método proposto por Paulo Freire propicia a reflexão do educando a partir das possibilidades de seu cotidiano, na busca de sua inserção, como sujeito, no processo histórico. FREIRE (1989, p.93) entendia que "a educação teria de ser, acima de tudo, uma tentativa constante de mudança de atitude." Nessa

perspectiva, ressalta que o sentido catártico do método proposto por ele "possibilita a apreensão de 'n' aspectos que, possivelmente, não seriam percebidos em outras condições que não fossem discussão de situações existenciais dos grupos" (FREIRE, 1989, p.150).

Os conceitos da abordagem pedagógica de Paulo Freire que se selecionou para aplicação no modelo de atuação profissional no processo de promoção da saúde de uma clientela de mulheres, tendo como meta o *empowerment* do grupo, envolvem sujeito/objeto, diálogo/antidiálogo, alienação/transcendência.

Ao definir o termo **sujeito**, FREIRE (1997a) o associa ao indivíduo consciente e com autonomia para ação; por seu turno, **objeto** se traduz pela condição de ser manipulável e sem consciência crítica. A afirmação como sujeito, e não como objeto, depende, em grande parte, do modo como a pessoa percebe seus valores, anseios e aspirações, em busca de sua plenificação e superação.

O **diálogo**, como único modo possível de efetivar a educação libertadora, é definido por FREIRE (1997a, p.78 e 79) como "... encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando numa relação eutu. (...) É uma exigência existencial, (...) um ato de criação." Na busca de (re)descobrir a capacidade de criação e recriação dos seres humanos, o papel do educador é dialogar como os mesmos sobre suas situações existenciais concretas – o caso contrário representa o **antidiálogo**. O diálogo ocorre na inter-relação (ou interação) entre pessoas e envolve suas práxis no mundo e com o mundo. Além disso, ou em vista disso, pressupõe pluralidade, transcendência, criticidade, consciência e temporalidade.

Segundo FREIRE (1989, p.39), o mundo é, para o ser humano, "... uma realidade objetiva, independente dele, possível de ser conhecida". Estar no mundo leva a uma abertura à realidade, que o faz ser o ente de relações que ele é. A pluralidade de conotações decorre dos vários desafios de seu contexto, que os leva a um jogo constante de alterações no ato de responder: organizar-se, escolher respostas, testar-se e agir. Isto evidencia sua criticidade e determina a sua práxis no mundo e com o mundo.

No que concerne à **transcendência**, FREIRE (1989, p.40) destaca que "... é o homem, e somente ele capaz de transcender". Para ele, essa capacidade não decorre apenas de sua qualidade de ser espiritual mas, também, da transitividade de sua consciência e da consciência de sua finitude. No ato de saber distinguir porque existe e não só vive, o ser humano é capaz de temporalizar-se, libertando-se de sua unidimensionalidade.

Alienação é o oposto da transcendência. A esse respeito, FREIRE (1997a, p.67) enfatiza que "... se pretendermos a libertação dos homens, não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados", pois "a libertação autêntica (...) é práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo".

2.2 A ABORDAGEM DA SOCIOPOÉTICA

Na busca de desenvolver um modelo de atuação profissional no âmbito da promoção da saúde, que priorizasse a mulher no processo de autocuidado e resgatasse sua criticidade como sujeito histórico, optou-se por adotar um referencial metodológico que privilegiasse a ética e a sensibilidade na relação profissional-cliente.

Entre tantos outros referenciais possíveis, a opção foi feita pela sociopoética, uma abordagem de apreensão e entendimento da realidade que, segundo GAUTHIER (1999, p.53) representa "... uma teoria e prática da pesquisa e da aprendizagem que aponta para uma teoria do social". Para o autor, a criatividade que permeia o desenvolvimento dos processos de pesquisar, conhecer e aprender segundo os pressupostos da sociopoética, faz com que essa metodologia transgrida "... a divisão instituída entre poesia e ciência, entre arte e construção do conhecimento".

Referindo-se aos atributos fundamentais dessa abordagem de pesquisa ou aprendizagem, GAUTHIER (1999, p.11) afirma que a sociopoética destaca, simultaneamente:

- a importância do corpo como fonte de conhecimento;
- a importância das culturas dominadas e de resistência, das categorias e dos conceitos que elas produzem;
- o papel dos sujeitos como co-responsáveis pelos conhecimentos produzidos, 'copesquisadores';
- o papel da criatividade de tipo artístico no aprender, no conhecer e no pesquisar;
- a importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos no processo de construção dos saberes.

A sociopoética foi desenvolvida a partir de quatro fontes, a saber, a pedagogia do oprimido, a análise institucional, a escuta mito-poética e a educação simbólica.

Herdou-se da pedagogia do oprimido, do educador Paulo Freire, o método do grupo-pesquisador, que GAUTHIER (1999, p.12) afirma ser "o coração da sociopoética". Nessa abordagem de pesquisa ou de aprendizagem, acredita-se na riqueza da cultura popular e no desejo das pessoas do povo de transformação do mundo. Partindo dessa crença, considera-se fundamental que eles sejam sujeitos co-partícipes do processo de construção/apropriação do conhecimento, em que o educador/pesquisador assume o papel de facilitador e não o de possuidor da "verdade".

Da segunda fonte, a análise institucional, teorizada por René Lourau e Georges Lapassade, entre outros, buscou-se a noção de *dispositivo*, que GAUTHIER (1999, p.13) diz se caracterizar "por um (ou uns) lugar(es), um (ou uns) tempo(s), ritmos, pessoas, objetos, dinheiro, tarefas, que permitem 'objetivar', isto é tornar visível o que era escondido na vida ordinária". Na sociopoética, segundo o autor citado, o dispositivo de pesquisa ou de aprendizagem deve "proporcionar a expressão da transversalidade dos desejos e poderes que age, de maneira inconsciente, na vida social".

A terceira fonte de inspiração para o desenvolvimento da sociopoética foi a escuta mito-poética, conforme descrita por René Barbier. Ao se referir à *poeticidade* da existência social, GAUTHIER (1999, p.14) destaca que

criamos sem cessar a vida social e dentro desta vida, nosso próprio espaço-tempo. O pesquisador ou professor deve aprender a escutar as falas e os silêncios que ritmam os processos de criação, em cada

ser. Pois estes ritmos pertencem integralmente ao processo de produção do conhecimento.

Assim, cada sujeito do grupo pesquisador ao criar uma realidade que não existia antes, deixa emergir de seu imaginário dados de grande relevância, por evidenciar seus sentimentos, visões, entendimentos e conhecimentos acerca de sua realidade social concreta.

No que concerne à educação simbólica, de Carlos Byington, sua contribuição foi trazida para a sociopoética por Leliana Santos de Sousa, professora de Pedagogia da UNEB, e por Cláudia Mara de Melo Tavares, professora de Enfermagem da UFF, conforme narrativa de GAUTHIER (1999). Na sociopoética, segundo o autor, herdou-se da educação simbólica a crença de que “educar e pesquisar deveria proporcionar mais prazer e mais harmonia, mais respeito para com o outro e si próprio, mais felicidade” (GAUTHIER, 1999, p.18). Além disso; ela influenciou a idealização dos quatro tipos de leitura dos dados produzidos pelo grupo pesquisador, as análises *viril*, *mulheril*, *filosófica* e *infantil*.

A análise *viril* é a compreensão dos dados segundo a lógica dominante; corresponde ao hábito dos homens de classificar, cortar, diferenciar, isto é, simplesmente, analisar (GAUTHIER, 1999). GAUTHIER & SANTOS (1996, p.28 e 34) destacam que no momento *viril* ocorre “... a análise das oposições, alternativas e escolhas”; e que o mesmo “... pretende mostrar a estrutura de todas as escolhas possíveis no grupo pesquisador, o que dá uma idéia do seu imaginário, e permite a cada um se situar no grupo, aprendendo a *sonhar com os outros*”.

A análise *mulheril* é o exame das ligações, ambigüidades e coincidências. Nesta análise enfatizam-se as “... atividades intelectuais intuitivamente percebidas como mais femininas, holísticas, talvez orientais: ligar o que parece oposto, muito diferente ou sem relação ...” (GAUTHIER, 1999, p.19). Como afirmam GAUTHIER & SANTOS (1996, p.28), “... trata-se de pensar por fluxos, de pensar nos fluxos, nas ondas, nos nós e nos filamentos”.

O momento de análise *filosófica* corresponde à contemplação do material produzido pelo grupo-pesquisador sob a ótica dos grandes temas de nossa

cultura. GAUTHIER & SANTOS (1996, p.28) destacam que esta interpretação se dá "... a partir dos grandes temas da história filosófica, em nossa cultura: o sentido da existência, a relação entre teoria e prática, poder e saber, vida e morte, etc."

O quarto tipo de análise, a *infantil* ou *surrealista*, é o mais fecundo, talvez por suas características, ou seja, pelas possibilidades que oferece de inovação e de libertação do imaginário. Sobre a análise infantil, GAUTHIER (1999, p.20 e 21) enfatiza que

o importante é multiplicar os ângulos de visão, de escuta-fala sensível, o importante é pesquisar sem cessar o que ainda está invisível por falta de proliferação do olhar-ouvir-tocar-cheirar-degustar, do intuir, do se emocionar, do raciocinar.

Como abordagem de pesquisa ou aprendizagem, a sociopoética, e os quatro momentos de análise que propõe, ao libertar e revelar o imaginário, resgata o que foi silenciado; permite a expressão da história coletiva e individual, ou, nas palavras de GAUTHIER (1999, p.54), "... permite a expressão de devires virtuais, (...) viver uma outra história, criar outros devires, novas singularidades". Em síntese, "o momento de análise das criações do grupo pesquisador permite transformar o produto dos membros do grupo-pesquisador em objeto de conhecimento, sem que seja matada a dinâmica existencial deste produto".

Considera-se que essa abordagem metodológica é compatível com os propósitos deste estudo, em que se objetiva contribuir para a promoção da saúde das mulheres, partindo do resgate de seu imaginário, da poética de sua existência, de suas histórias, de sua cultura, para transformar ou recriar, no processo, sua realidade de saúde/doença em um novo devir.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E EMPOWERMENT

A expressão *promoção da saúde* foi usada pela primeira vez em 1945, quando Henry E. Sigerist, historiador médico, definiu as quatro tarefas essenciais da medicina como sendo: 1) a promoção da saúde, 2) a prevenção da enfermidade,

3) o restabelecimento dos enfermos e 4) a reabilitação, afirmando também que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso (TERRIS, 1996, p.38).

Em 1974, Marc Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem Estar Nacional do Canadá, publicou um documento – *A new perspective on the health of Canadians*, que passou a ser conhecido como Informe Lalonde, em que formulava a primeira declaração teórica geral da saúde pública, derivada dos descobrimentos ocorridos no campo da epidemiologia das doenças não-infecciosas. Nesse documento, Marc Lalonde argumentava que as principais causas de doença e morte no Canadá estavam radicadas, além do componente *organização da atenção à saúde*, nos componentes *biologia humana*, *meio ambiente* e *estilo de vida*, os quais incluiu na elaboração do conceito de Campo da Saúde – “uma espécie de mapa do território da saúde” (LALONDE, 1996, p.3).

Com base nesse conceito amplo de Campo da Saúde, foram propostas cinco estratégias de atuação, a primeira das quais a de *promoção da saúde*, que se voltava para a modificação dos estilos de vida e contemplava vinte e três medidas envolvendo programas educativos relacionados a fatores específicos, tais como dieta, fumo, álcool, drogas e conduta sexual (TERRIS, 1996). O Informe Lalonde teve repercussões consideráveis e, nas décadas seguintes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu um papel fundamental na ampliação do significado do conceito de promoção da saúde.

Segundo KICKBUSCH (1996, p.16), a Oficina Regional da OMS para a Europa elaborou, em 1984, o *Documento de discussão sobre o conceito e os princípios da promoção da saúde* em que a define como “o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde e, ao mesmo tempo, melhorá-la”. Nesse documento são explicitados cinco princípios fundamentais da promoção da saúde. Segundo esses princípios, os profissionais de saúde (particularmente no campo da atenção primária) devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da promoção da saúde. Além disso, ao implementar ações de promoção da saúde deve-se envolver o conjunto da população no contexto de sua vida cotidiana, ao invés de focalizar pessoas em

risco de uma doença específica; ter a pretensão de influir sobre os determinantes ou causas da saúde, de modo a assegurar que o meio ambiente total favoreça a saúde; combinar abordagens e métodos diversos, mas complementares, incluindo comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra os agravos à saúde; e visar particularmente conseguir a participação concreta e específica da população, apoiando o princípio dos movimentos de auto-ajuda e encorajando as pessoas a encontrar modos próprios de gerenciar a saúde de suas comunidades. Cinco áreas temáticas foram definidas, a saber, acesso à saúde; desenvolvimento de um ambiente facilitador da saúde; reforço das redes e sistemas de apoio social; promoção dos comportamentos positivos e das estratégias adequadas de enfrentamento e aumento dos conhecimentos e difusão das informações relacionadas com a saúde.

Em 1986, ocorreu em Ottawa – Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou a Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual. Nesse documento, segundo descrição de BUSS (2000, p.170), se define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”; se propõe cinco campos centrais de ação: “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde”; e três estratégias fundamentais da promoção da saúde: *defesa da saúde*, ou seja, lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam favoráveis à saúde; *capacitação*, entendida como o favorecimento de meios e oportunidades que permitam às pessoas realizar completamente seu potencial de saúde; e *mediação* dos profissionais da saúde e grupos sociais entre os diferentes interesses existentes na sociedade, relacionados à saúde.

A essa conferência se seguiram outras ocorridas em Adelaide – Austrália (1988), em Sundsvall – Suécia (1991) e em Jacarta – Indonésia (1997), cada uma delas contribuindo, a partir da discussão de aspectos específicos dos cinco campos

centrais de ação definidos na Carta de Ottawa, para a atualização e evolução do conceito de promoção da saúde. Assim, foram focalizadas na Conferência de Adelaide, em especial, as políticas públicas saudáveis; na realizada em Sundsvall, a interdependência entre saúde e meio ambiente; na de Jacarta, o reforço da ação comunitária.

Quanto a essa última conferência, ressaltamos, para os propósitos deste estudo, uma das cinco prioridades definidas para o campo da promoção da saúde nos próximos anos, a saber, “aumentar a capacidade da comunidade e **fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde**, o que exige educação prática, capacitação para liderança e acesso a recursos” – ênfase acrescida (BUSS, 2000, p.172). Essa prioridade está em consonância com a própria definição de promoção da saúde, com os campos de reforço da ação comunitária e de desenvolvimento de habilidades pessoais, bem como com as estratégias de capacitação e mediação contidos na Carta de Ottawa.

Atualmente, observa-se que o conceito de promoção da saúde costuma estar associado a outros de igual importância, tais como qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, *empowerment*, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, estreitamente inter-relacionados; e a uma combinação de estratégias para a implementação de ações no âmbito da promoção da saúde que se apoiam na idéia de responsabilização múltipla – Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais –, seja pelos problemas ou pelas soluções propostas para eles (BUSS, 2000).

Verifica-se também que, tendo por base o conhecimento das múltiplas determinações do processo saúde-doença e os princípios fundamentais assumidos na compreensão do conceito, as ações atuais de promoção da saúde buscam resgatar a interseção imprescindível **educação e saúde**. Para tal, propõem-se combinar os saberes técnicos e populares no desenvolvimento de habilidades e de atitudes pessoais favoráveis, na perspectiva de aumentar o “poder técnico e político das comunidades (*empowerment*) na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde” (BUSS, 2000, p.171).

Entendendo-se saúde como um estado dinâmico e como um recurso fundamental para a vida cotidiana, trata-se de ampliar, com ações de promoção da saúde, a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar os quais, por seu turno, implicam em valores e escolhas, de que não se pode excluir a reflexão nem a práxis dos envolvidos. Compreender e responder às necessidades de saúde das pessoas; basear as ações em modelos teórico-práticos consistentes e encorajar a participação da clientela em atividades de promoção da saúde através de abordagens centradas na pessoa, caracterizam este quefazer como capaz de um desenvolvimento dinâmico, crítico e criativo.

A discussão anterior aponta para a promoção da saúde como dimensão fundamental da construção cotidiana da cidadania, e para a possibilidade de utilização de diferentes abordagens e métodos em sua idealização e concretização. Um dos princípios mais expressivos da promoção da saúde, diretamente relacionado com a perspectiva de *empowerment*, refere-se à valorização da participação dos indivíduos no processo. Segundo esse princípio, deve-se visar particularmente conseguir a participação concreta e específica da população, apoiando o princípio dos movimentos de auto-ajuda e encorajando as pessoas a encontrar modos próprios de gerenciar a saúde de suas comunidades.

Para FONTES (1997, p.90), "... a valorização do potencial do cliente na participação, condução e controle da assistência (...) implica em maior autonomia dos agentes envolvidos nas situações de enfermagem". Com essa perspectiva, busca-se superar o modelo biomédico (ainda predominante!), distante das reais necessidades da população e não compatível com as transformações sociais em curso, inclusive no setor saúde, em que as propostas e práticas pretendem incluir conceitos e valores tais como democratização de saberes e poderes, solidariedade social, humanização na atenção e controle social dos usuários dos serviços na elaboração das políticas e na gestão do sistema de saúde.

No que concerne à efetividade da participação dos indivíduos nas ações de promoção da saúde, já se verifica, embora de modo pontual, a busca por uma relação dialógica profissional de saúde – clientela. Com maior frequência, essas ações são idealizadas e concretizadas tendo por fundamento um processo ainda vertical, desigual, em que há subvalorização das necessidades dos indivíduos e

de seus saberes historicamente constituídos. Com maior frequência, ainda, essas ações se efetivam através de um processo marcado pela cisão entre o saber científico e o saber popular, não entendidos como complementares.

Essa herança, tem dificultado o resgate das vozes da clientela envolvida no processo de atenção à saúde. Nesse sentido, pode-se utilizar a idéia de MORIN (1999) quando afirma que se separou o sujeito do conhecimento do conhecimento. Para esse autor (1982, p.47),

enquanto o conhecimento científico for cego para o papel que desempenha na sociedade e o lugar que ocupa na sociedade, continuará a fornecer ao poder meios de morte e opressão. Embora insuficiente, a consciência deste papel torna-se necessária para fazer frutificar os seus benefícios e as suas possibilidades de libertação.

Conforme ainda são predominantemente efetivadas, as ações de promoção da saúde nos dão a impressão de que o promotor da saúde (educador?!) é o gestor, no sentido mais restrito do termo, dos clientes, os quais são considerados, além de a-históricos, como incapazes e inertes. Obviamente, esse fato influencia negativamente a qualidade das ações/intervenções e seus resultados, pois aliena a clientela e a priva de autonomia e de liberdade para construir seu modo próprio de se autocuidar. Essa realidade já se encontra tão consolidada que se assemelha a uma verdade instituída, uma vez que “o cotidiano é a fonte idônea para abastecer o senso comum...”, como afirmam SASTRE & FERNANDEZ (1998, p.194).

Desse modo, considera-se ser necessária uma reflexão a respeito, assim como a proposição de novas práticas, haja vista que “o novo modelo assistencial preconiza não só a democratização da assistência de saúde, mas também a democratização do saber e do poder médico”, como afirma ALMEIDA (1999, p.100).

A valorização do potencial do cliente na participação, condução e controle da assistência deve ocorrer no âmbito de um processo de democratização das políticas e das práticas de saúde, e está implícita nos princípios que norteiam, em nosso país, o Sistema Único de Saúde – universalidade, integralidade, equidade,

e controle social. Nesse contexto, a Enfermagem, em particular, vem sendo instigada a refletir sobre as contribuições específicas do processo de cuidar e a almejar a (re)humanização e a eticidade do cuidado, por meio de estratégias ou modelos de ação que resgatem a noção de cidadania da clientela.

WOESSNER (1998) destaca que o objetivo da nova política deve incluir a assunção de uma responsabilidade autônoma, os potenciais de configuração da sociedade (direitos e deveres) e a criatividade dos cidadãos nos processos decisórios políticos, para mobilizá-los e libertá-los econômica e socialmente. Nessa afirmativa, subentende-se a noção de *empowerment*. De modo explícito, LEVIN & ZIGLIO (1997) e WEARE (1993) sugerem que, face às contribuições possíveis, as ações da promoção da saúde, tendo como perspectiva o *empowerment* pessoal e/ou coletivo, deveriam ser percebidas como um alvo estratégico na área de saúde. Por seu turno, TONES (1997) considera que o conceito de *empowerment* é central para a filosofia e a prática da promoção da saúde em que, tanto do ponto de vista ético quanto prático, deve ser a principal meta das ações.

Empowerment não é um conceito novo, já sendo usado na literatura por volta do século XVIII (ELLIS-STOLL & POPKESS-VAWTER, 1998). Do ponto de vista denotativo, é definido como investir legalmente ou formalmente com poder ou autoridade; autorizar ou outorgar poder para um fim ou para um propósito; possibilitar, permitir, ganhar ou assumir poder (Oxford English Dictionary, 1989, citado por ELLIS-STOLL & POPKESS-VAWTER, 1998).

Empowerment é um conceito complexo, "escorregadio", como afirma TONES (1997). Ao revisar a literatura, observa-se que às vezes é empregado como o caminho através do qual se chega a um ponto predeterminado (método); outras vezes como um dispositivo (instrumento) empregado para se alcançar um determinado fim; ou como a própria meta do processo (resultado).

Atualmente, observa-se o emprego crescente desse conceito em diversas áreas do conhecimento, como a Psicologia, a Educação, a Administração e a Enfermagem, entre outras. Pode-se afirmar que seu resgate ocorreu, principalmente, no âmbito dos movimentos organizados da população, em que

tem sido utilizado a partir da necessidade de encontrar estratégias para transformar as relações desiguais de poder vivenciadas por grupos minoritários (MOSER, 1999). Nesse sentido, na literatura feminista, o *empowerment* tem emergido com uma conotação de conquista de direitos das mulheres para seu resgate como sujeitos político-sociais, ante a estrutura opressora e desigual em que, de modo geral, vivem. CAMURÇA (1999, p.211), por exemplo, afirma que “em nossa sociedade e cultura, as mulheres têm tido **pouco poder** sobre o seu corpo, a sua sexualidade, a sua formação profissional, sobre a sua casa, sobre a sua cidade e o seu país” (ênfase acrescida), donde a necessidade de se promover seu *empowerment*.

MOSER (1999), ao descrever diferentes possibilidades teórico-metodológicas para trabalho com mulheres de baixa renda, afirma que na abordagem do *empowerment* há o reconhecimento de que suas estratégias não serão implementadas sem o esforço sistemático dos grupos organizados da sociedade para mobilização política, conscientização e educação popular. Para essa autora, a natureza potencialmente desafiante do *empowerment* tem levado a que iniciativas baseadas neste enfoque permaneçam sem apoio, seja por parte dos governos ou das agências de desenvolvimento social.

No âmbito da promoção da saúde, o *empowerment*, ao valorizar a potencialidade crítica e criativa dos indivíduos durante o processo das ações educativas, tem como meta o resgate da autonomia do cliente ou de grupos de clientes em relação ao processo saúde-doença e ao autocuidado. Conforme pode ser deduzido, identificam-se nesse contexto duas possibilidades distintas: o *empowerment* no plano individual ou no plano coletivo. Para este trabalho, privilegiamos a segunda possibilidade – *empowerment* no plano coletivo – dando a seguir, destaque para os autores que assim o compreendem.

FREUDENBERG et al. (1995) destacam que os objetivos do processo de *empowerment* incluem capacitar os clientes (de modo coletivo) a assumir o controle e domínio sobre suas vidas no contexto social e político. Segundo NAIDOO & WILLS (1998), o termo *empowerment* é usado para descrever um modo de trabalhar que aumenta o poder das pessoas para realizar mudanças em

sua realidade social, o que pode, ou não, incluir a emergência de uma consciência política, tal qual é defendida pelo educador Paulo Freire.

Paulo Freire, em diálogo com o educador norte-americano Ira Shor (FREIRE & SHOR, 1997, p.134-141), expressa um certo sentimento de medo do uso do termo *empowerment* pois, segundo ele, para algumas pessoas “pode fazer com que a situação pareça muito fácil, quando não é”. Além de se referir a dificuldades de entendimento e a interpretações equivocadas do termo, ele afirma não acreditar em autolibertação (*empowerment* individual), explicando que, “mesmo quando uma pessoa se sente, individualmente, *mais* livre, se esse sentimento não é um sentimento *social*, (...) só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade.” Entretanto, na continuação de seus argumentos, afirma que embora o *empowerment* não seja “...suficiente no que diz respeito à transformação da sociedade como um todo, é *absolutamente necessário* para o processo de transformação social”, pois o desenvolvimento crítico individual “... é fundamental para a transformação radical da sociedade.” Ele compreende o *empowerment* como uma atividade social, através da qual a classe trabalhadora “... através de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura, se empenha na obtenção do poder político.” Em suma, para Paulo Freire, *empowerment* refere-se a “... um processo político das classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta.”

Esse modo de pensar acerca do processo de *empowerment* é compatível com o pressuposto deste estudo, segundo o qual o cuidado de enfermagem *pode* assumir um caráter libertador, facilitador da emergência de autonomia e autodeterminação da clientela. Ao aplicar um modelo metodológico de cuidado fundamentado na sociopoética e na pedagogia de Paulo Freire, em que se valorizarão as experiências particulares e a cultura de um grupo de mulheres acerca do autocuidado no processo saúde-doença, pretende-se identificar, ao final, que novo(s) confeto(s) se cria(m) ou se revela(m) para a enfermeira e para as mulheres.

3 TRAJETÓRIA E RESULTADOS DO ESTUDO

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Comunidade Maria de Nazaré situada nas proximidades dos conjuntos residenciais Cidade dos Funcionários II e III e do bairro dos Grotões, zona Sul do município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba (ver Fig. 1, na página a seguir).

João Pessoa é uma cidade rica em manifestações folclóricas, a exemplo de danças, músicas, rituais, folguedos, brincadeiras e adivinhas, que transmitem o modo de ser, sentir, pensar, agir e reagir, nas mais diversas situações, de seu povo. Situa-se na região da Mata Paraibana e conta com uma área geográfica de 210,8 km². A população do município é da ordem de 594.922 habitantes, sendo 277.922 do sexo masculino e 317.000 do sexo feminino (IBGE, 2000). Desde sua fundação até o ano de 1960, a área urbana principal restringia-se às proximidades do Centro Histórico¹. Na década de 1960, mais especificamente, a partir de 1964, ocorreu a expansão da cidade em direção à orla marítima, o que foi especialmente acelerado pela influência do Sistema Financeiro de Habitação – SFH.

João Pessoa é banhada pelos rios Timbó, Sanhauá e Jaguaribe, cujas margens têm abrigado populações de baixa renda oriundas do êxodo rural, o que determinou um complexo periférico sem infra-estrutura, conforme destaca COELHO (1996, p.17).

¹ O Centro Histórico está dividido em duas partes principais: a *cidade baixa* (ou *Varadouro*), em que se localizam o prédio da Alfândega, os armazéns do porto fluvial e casas comerciais, entre outros estabelecimentos; e a *cidade alta*, em que se localizam construções religiosas, administrativas e casas residenciais, habitadas na origem da cidade pela elite urbana.

Os conjuntos residenciais Cidade dos Funcionários II e III e o Bairro dos Grotões, que circundam a Comunidade Maria de Nazaré, somam uma área geográfica que, segundo dados do IBGE (1996), abrangia, aproximadamente, 6.100 domicílios e uma população de 21.446 habitantes, composta, em sua grande maioria, por cidadãos de baixo poder sócio-econômico e educacional.

Avaliando-se a área como um todo, pode-se dizer que nela convivem situações sociais bastante diferenciadas pois, enquanto alguns setores dispõem de serviços básicos (pavimentação e saneamento de ruas, água, luz, telefone, coleta de lixo, transporte público, etc.), outros são, total ou parcialmente, desprovidos desses serviços.

Nesse complexo residencial há sete (07) unidades educacionais públicas, estaduais ou municipais, em sua maioria destinadas ao ensino fundamental, que funcionam nos três turnos e atendem, cada uma delas, uma média de aproximadamente mil (1.000) alunos por ano. Além disso, há uma (01) creche administrada pelo poder municipal e algumas unidades de ensino particulares, destinadas ao pré-escolar, maternal e jardim da infância.

Quanto a unidades públicas prestadoras de serviços de saúde, essas são bastante reduzidas, tanto do ponto de vista de seu quantitativo quanto das ações que desenvolvem – no todo, há duas (02) unidades de saúde para atendimento à população desse complexo residencial, a saber, o Posto de Saúde do Bairro dos Grotões e o Posto de Saúde Ernani Sátiro, situado no Conjunto Funcionários II. Ambos são municipais e estão, quase sempre, com o limite de atendimento ambulatorial extrapolado devido à alta demanda da população que, por sua condição sócio-econômica desfavorável, enfrenta precárias condições de saúde, higiene e nutrição. Na área, há duas (02) Unidades do Programa de Saúde da Família, as quais muito têm contribuído para a promoção da saúde dessa população. Quando há a necessidade de cuidados de saúde mais especializados, ou uma eventual internação hospitalar, a população desse complexo residencial recorre a serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, situados em outros bairros do município, ou ao Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba.

É no interior desse contexto físico, social, político e econômico que se encontra inserida a Comunidade Maria de Nazaré. Para a descrição da origem e da organização dessa Comunidade, utilizaram-se tanto os conhecimentos pessoais a respeito, quanto os dados de entrevista realizada, tendo por base um roteiro previamente elaborado, com a líder comunitária e presidente da Associação de Moradores da Comunidade Maria de Nazaré.

3.1.1 A saga da Comunidade Maria de Nazaré

A origem da Comunidade Maria de Nazaré remonta ao ano de 1987. Como se verá a seguir, a construção de sua história é permeada pelas contradições presentes na conjuntura sócio-econômica e política do nosso país e exemplificadas pelas circunstâncias e fatores que induzem as pessoas que moram em áreas rurais ou em pequenos municípios da União a migrar para as cidades de maior porte, na ilusão de oportunidades de trabalho e, conseqüentemente, de melhores condições de vida.

Como se sabe, o fenômeno do êxodo populacional rural tem contribuído para exacerbar a situação de carência característica do entorno dos centros urbanos, onde as pessoas de agrupamentos sociais desfavorecidos se fixam nas áreas remanescentes da construção de conjuntos habitacionais populares, constituindo uma população de excluídos sociais. Na cidade de João Pessoa, segundo LUNA (1999, p. 66) "... a partir da década de 70, a cada conjunto residencial que ia sendo inaugurado pelo poder público, dentro de seus limites foram construídas favelas" correspondentes.

A Comunidade Maria de Nazaré é um exemplo concreto dessa afirmativa. Ela se situa numa encosta, à margem dos conjuntos residenciais Cidade dos Funcionários II e III e do Bairro dos Grotões. Na prática, a delimitação geográfica entre essa Comunidade e os bairros que a cercam se dá pelas vias públicas pavimentadas de seu entorno.

Na Comunidade reside um significativo número de famílias, geralmente numerosas, sendo comum a convivência de mais de um grupo familiar sob o

mesmo teto. Segundo o IBGE (1996), há na área aproximadamente 2.376 habitantes, distribuídos em 590 domicílios.

Para a Prefeitura do Município, na área geográfica correspondente à Comunidade Maria de Nazaré o que existe é uma “área verde”, de domínio jurídico do Estado, em que deveriam ter sido construídos equipamentos sociais para as populações dos conjuntos residenciais circunvizinhos. Na parte mais alta e, coincidentemente, mais plana dessa área chegaram a ser construídas, em 1984, uma Creche e o prédio destinado à Associação de Moradores do Conjunto Residencial Cidade dos Funcionários III. A área restante, mais acidentada, foi cercada, à época, com arame farpado, sendo também afixadas placas indicativas de futuras instalações públicas no local; antes da formação e expansão da Comunidade Maria de Nazaré, servia de depósito de lixo doméstico para os habitantes dos conjuntos residenciais circunvizinhos.

Estudo realizado por LUNA (1999) descreve que a ocupação dessa “área verde” efetivou-se quando o Conjunto Residencial Cidade dos Funcionários III encontrava-se prestes a ser inaugurado. Conforme descrito nesse estudo, o processo de ocupação da área, datado de 1987, foi determinado pela urgência de algumas famílias de ter um teto para se abrigar e se deu em menos de vinte e quatro horas.

A situação da Comunidade Maria de Nazaré é muito peculiar. Em algumas áreas, observam-se casas construídas em áreas de risco, onde não são incomuns, nos períodos chuvosos, os desabamentos de barreiras e de casas. Em outras, dada a vizinhança próxima com as casas e facilidades (comércio varejista, farmácias, locadoras de fitas de videocassete, igrejas, distribuidora de gás de cozinha, entre outras) dos conjuntos residenciais circunvizinhos, os moradores experimentam condições privilegiadas, quando se compara sua situação com a daqueles que residem mais no centro ou nas encostas das áreas limítrofes.

Quanto à inserção dos moradores da Comunidade no processo produtivo, esta é marcada pelo desemprego, pelo subemprego ou por atividades ocupacionais esporádicas, característica de uma mão-de-obra não especializada. Os homens, de modo predominante, ou são ambulantes em feiras-livres dos bairros próximos;

ou são pedreiros ou auxiliares de pedreiro. As mulheres, por sua vez, ou desempenham atividades como empregadas domésticas (babás, lavadeiras de roupas, entre outras), ou realizam essas atividades em seus lares. Além disso, observa-se a existência de um significativo número de crianças e adolescentes *pedintes* nas proximidades da Comunidade, cuja "atividade", certamente, contribui para o sustento de suas famílias. Os desempregados, para sobreviver, ocupam-se de catar lixo, fazer "biscates" ou pedir esmolas. Isso favorece a violência social, como o tráfico de drogas e a prática de assaltos, furtos e roubos, ocorrências comuns no local.

Na Comunidade há dois templos evangélicos pertencentes, respectivamente, à Assembléia de Deus e à Igreja Universal do Reino de Deus; e um templo de umbanda. Quanto à religião católica, há um trabalho organizado e desenvolvido por integrantes da Igreja Sant'Ana, pertencente ao Conjunto Residencial Funcionários II. Esse trabalho teve o início coincidente com o processo de ocupação da área e com a formação da Comunidade Maria de Nazaré, objetivando apoiar os "sem teto" na reivindicação do direito de ocupar a terra pública e, também, realizar atividades assistenciais como a de distribuição de alimentos aos necessitados. Atualmente, as atividades da Igreja Católica são mais limitadas, embora não se possa negar o papel fundamental que exerceu para a organização social e política da Comunidade.

Decorridos quatorze anos, a Prefeitura insiste na atitude de ignorar formalmente a existência da Comunidade Maria de Nazaré. Dessa forma, os moradores, afora as redes de abastecimento de água e de eletricidade, ainda não dispõem de outros serviços essenciais próprios, tais como unidades de saúde, escolas de ensino fundamental e médio, segurança ou serviços postais; as ruas, além de estreitas, não são pavimentadas, o que dificulta, em algumas partes, ou impede, em outras, o tráfego de veículos. Apesar dessa situação desfavorável, a maioria das casas é de alvenaria, com ou sem emboço, e seus moradores buscam protegê-las com muros ou cercas de arame, de madeira ou de plantas ornamentais. Como equipamento social mínimo, há a Escola da Comunidade Maria de Nazaré, que tem exercido um papel de fundamental importância para a população local.

A Escola da Comunidade Maria de Nazaré data de 1995. Sua construção representou uma conquista da líder comunitária local e de um grupo de mães, para resolver os problemas de falta de vagas e do fracasso escolar de crianças da Comunidade.

Segundo a narrativa da líder comunitária local, em outras instituições educacionais em que haviam sido matriculadas, além do fato de o ensino ser desvinculado das condições reais de vida das crianças da Comunidade, havia ainda a dificuldade de inclusão, no sistema educacional público, daquelas que se encontravam com defasagem entre a faixa etária e a série escolar. Assim, esta escola foi construída com o objetivo primordial de alfabetizar crianças e adolescentes para, posteriormente, promover sua inserção no sistema educacional público. A estrutura física da Escola da Comunidade Maria de Nazaré assemelha-se com uma casa de conjunto residencial, conforme se percebe na fotografia abaixo.



Figura 2 – Escola da Comunidade Maria de Nazaré

A escola localiza-se na parte alta da Comunidade e contém, em sua estrutura física, duas salas de aulas, um consultório de psicologia, duas salas de

armazenagem de produtos de limpeza (uma para produtos de fabricação e a outra para produtos fabricados), uma dispensa com materiais escolares, uma cozinha com dispensa para os alimentos, um refeitório, e três banheiros.

Para sua instalação física e material, a escola contou, através de mediação da Igreja Católica, com recursos financeiros de uma empresa alemã. Atualmente, foram estabelecidas parcerias com a Secretaria de Educação do Estado, que disponibiliza professoras e técnicos de seu quadro funcional para nela exercer as atividades, e com a Secretaria de Educação do Município, que fornece a merenda escolar e parte do material didático necessário às suas atividades. Além disso, a escola tem recebido doações de pessoas ou de organizações privadas.

As atividades da escola são desenvolvidas por duas professoras de alfabetização e técnicos da Secretaria Estadual de Educação; contando-se também com a contribuição voluntária de uma coordenadora pedagógica e de uma assistente social, que atua junto às gestantes, às crianças em condições especiais e suas famílias. Além dessas pessoas, destaca-se a contribuição de vinte e duas mães que realizam, através de escala diária, ações de limpeza do ambiente, higiene das crianças, aquisição de alimentos e preparo da merenda escolar. A Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e o Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) implementam, com participação de docentes e discentes, atividades de extensão na área de promoção da saúde e de recreação.

As atividades desenvolvidas na Escola da Comunidade Maria de Nazaré não se limitam a ações pedagógicas, em sentido estrito. Nela são realizadas também atividades recreativas, atendimento psicossocial individual e, em especial, reuniões comunitárias para discussão dos problemas locais e das possíveis alternativas de solução, a exemplo de gestões ou pressões junto às autoridades competentes para resolvê-los. Por contribuir, através dessas atividades para o emergir da consciência crítica dos moradores da Comunidade sobre a realidade concreta em que se situam, é que se considerou essa escola como **ponto** (ou **porto**) **de cidadania**. O trabalho realizado nesse sentido resultou na constituição de alguns grupos, organizados a partir de demandas específicas, a exemplo do Grupo de Moradia, que atua na discussão e implementação de ações relacionadas à falta de serviços públicos essenciais, ao desemprego, conjuntura

política do País, entre outras questões; do Grupo de Jovens e Adolescentes, que está voltado para problemas como drogas, violência, gravidez na adolescência, desemprego, alcoolismo, prostituição infantil e alienação cultural, além de desenvolver atividades com crianças da Comunidade; do Grupo de Geração de Renda, voltado para as questões dos direitos humanos vinculados à formação profissional e à inserção no mundo do trabalho; e, finalmente, o Grupo da Catequese, que tem como objetivo promover orientação religiosa dos moradores da Comunidade. Esse conjunto de atividades tem contribuído para o *empowerment* coletivo das pessoas da Comunidade, ou seja, para ampliar suas formas de articulações e de resistências ao *status quo*.

3.2 FASES DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de 12 de agosto a 19 de dezembro do ano de 2000. Os encontros com o grupo-pesquisador ocorreram com uma periodicidade semanal, em sessões com duração, em média, de duas (02) horas.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo baseou-se em três importantes princípios: o da **beneficência**, o do **respeito à dignidade** e o da **justiça**, que devem nortear o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, enfatizados na Resolução Nº 196/96 (Brasil, MS, 1996).

Tendo em vista a meta de *empowerment* das mulheres que participariam do estudo, como resultado das ações de promoção da saúde que seriam desenvolvidas, foram assumidos também alguns pressupostos fundamentais: 1) os indivíduos são primariamente responsáveis pela própria saúde; 2) os indivíduos têm o direito e a capacidade para autodeterminação; 3) os indivíduos têm autonomia de ação, cabendo à enfermeira proporcionar-lhes os meios necessários para promover o *empowerment*; 4) as decisões dos indivíduos devem ser valorizadas e suas opiniões devem ser as bases para as ações; 5) o respeito deve ser mútuo entre o indivíduo e a enfermeira; e 6) a confiança mútua é um aspecto necessário ao processo de *empowerment* (GIBSON, 1991).

Conforme esses pressupostos, as pessoas têm o direito de decidir se querem ou não participar de ações de promoção da saúde. Quanto aos profissionais da área da saúde, cabe-lhes o dever de informar acerca da importância e necessidade de aprender comportamentos saudáveis para promover e/ou recuperar a saúde – a decisão das pessoas, portanto, deve ser uma **decisão informada**. A esse respeito, VIEIRA (1998) destaca que, no contexto da promoção da saúde, ao programar ações educativas, os profissionais devem estar preparados para a aceitação de resultados inesperados quanto às decisões dos indivíduos ou grupos de participar ou não das atividades. Do mesmo modo, deve-se entender as forças que operam sobre as pessoas e que influenciam seus comportamentos em relação à saúde.

Os pressupostos assumidos estão, além de tudo, em conformidade tanto com o modelo pedagógico defendido por Paulo Freire, quanto com a abordagem dialógica, democrática e ética da sociopoética, ambos entendendo pesquisador/sujeito da pesquisa ou educador/educando como co-participes do processo.

Tendo em vista os aspectos anteriormente abordados, o estudo foi desenvolvido a partir das seguintes fases, sugeridas por Gauthier (1999):

- 1) Formação do grupo-pesquisador;
- 2) Escolha do tema a ser pesquisado;
- 3) Produção de dados;
- 4) Análise e experimentação dos dados, pela facilitadora;
- 5) Análise, avaliação e discussão das análises, não-análises e experimentações da facilitadora da pesquisa pelo grupo;
- 6) Socialização; e
- 7) Teorização por generalização.

Essas fases estão esquematicamente apresentadas no modelo metodológico do estudo, apresentado a seguir.

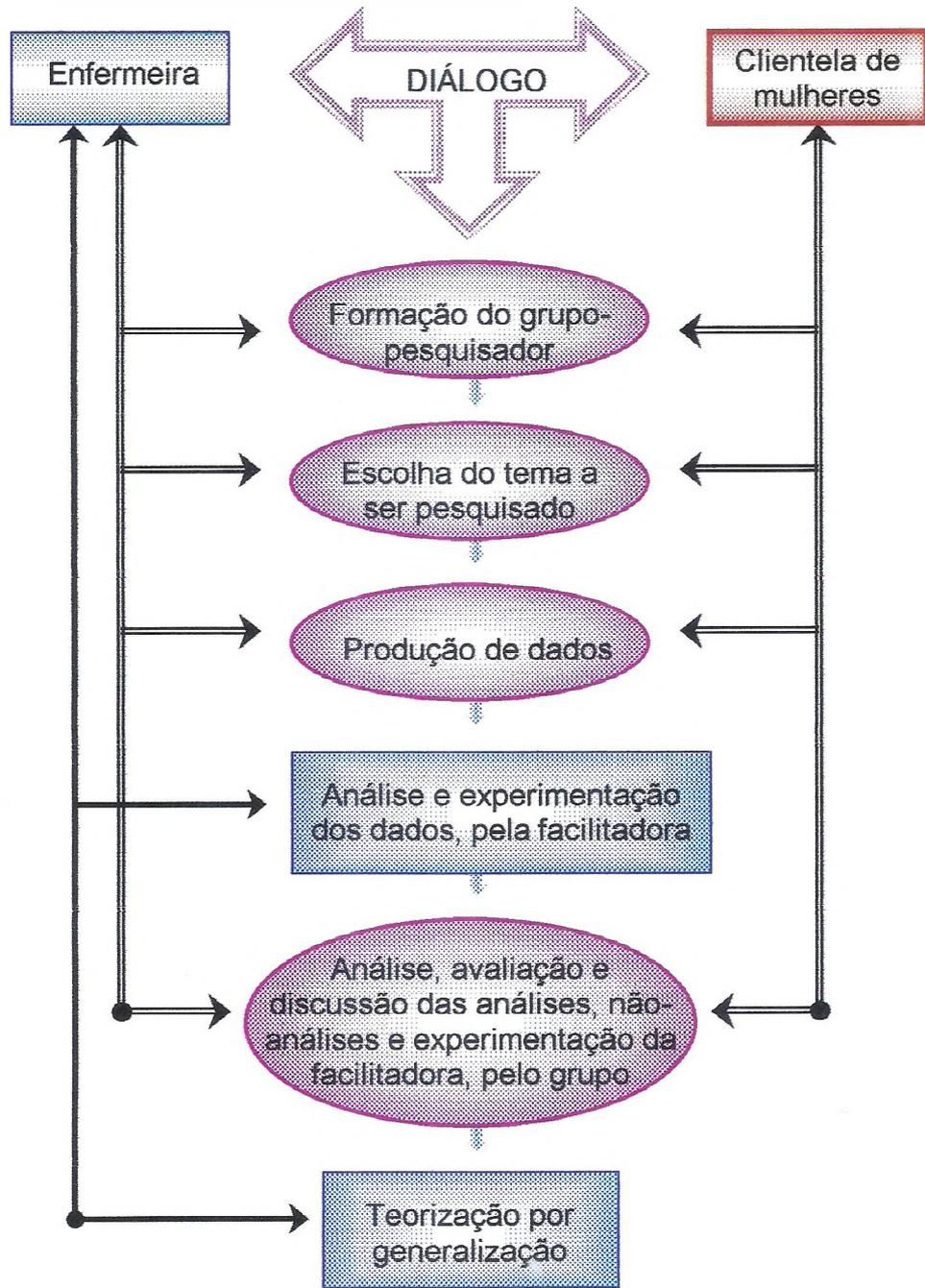


Figura 3 – Modelo Metodológico do Estudo

Quanto à nossa introdução na Comunidade Maria de Nazaré para o desenvolvimento do estudo, esta foi facilitada pela Líder Comunitária Sr^a Terezinha, após apresentação do projeto de pesquisa, de seus objetivos, método e contribuições potenciais do mesmo para as mulheres da localidade. Foram também discutidos alguns aspectos operacionais necessários à sua execução e agendada a primeira reunião com o grupo de mulheres, para o dia 16/08/2000. Para tal, foram elaborados convites (Anexo I), distribuídos às mulheres envolvidas diretamente com as atividades comunitárias, a exemplo daquelas que atuavam como voluntárias na Escola da Comunidade Maria de Nazaré, informando-lhes dia, local e hora para um encontro inicial. O convite era extensivo a amigas, vizinhas e/ou parentas daquela que o recebeu.

3.2.1 Formação do grupo-pesquisador

O universo dos sujeitos que fizeram parte do estudo foi representado pelas mulheres residentes na Comunidade Maria de Nazaré. Como critérios de inclusão no estudo, foi estabelecido que as mulheres deveriam se integrar ao grupo-pesquisador de modo espontâneo e esclarecido, e que deveriam expressar disponibilidade para participar das atividades programadas.

Essa fase do estudo foi desenvolvida em três encontros, com cerca de duas horas de duração cada um. Em virtude da entrada de novos integrantes a cada um desses encontros, todos eles tiveram início com a apresentação pessoal da pesquisadora, seguida de uma explicação acerca do projeto de pesquisa, de sua importância, do método a ser utilizado e das possibilidades permitidas com a formação do grupo-pesquisador para as atividades de promoção da saúde. Além disso, era apresentado e distribuído a cada integrante potencial do grupo-pesquisador o **Termo de Consentimento Informado** (Anexo II), orientando-as sobre o preenchimento e fazendo-lhes saber que tal procedimento era uma exigência em respeito às questões ético-legais da pesquisa. A inclusão efetiva das mulheres no grupo-pesquisador ocorreu após assinatura e devolução do Termo de Consentimento Informado, sendo-lhes garantido, além do respeito à

decisão de continuar participando ou não das atividades, o anonimato na divulgação dos resultados, conforme preconiza a Resolução Nº 196/96, já mencionada.

Na busca de promover o relaxamento das mulheres, minimizando possíveis temores e ansiedades frente a uma situação não usual, e também para facilitar a inter-relação das mesmas com a pesquisadora e obter suas respostas quanto à participação no grupo-pesquisador, durante os três encontros necessários à formação do grupo-pesquisador, foi desenvolvida a "Técnica do Objeto Microfone" (Anexo III). Não houve respostas negativas durante as vivências grupais nessa fase. Ao término do terceiro encontro contabilizou-se um comparecimento de 35 (trinta e cinco) mulheres. Entretanto, nas fases subseqüentes do estudo, 24 (vinte e quatro) mulheres participaram de modo efetivo e assíduo dos encontros do grupo-pesquisador.

Quanto à desistência de algumas das mulheres, é oportuno destacar que havia na Comunidade Maria de Nazaré a previsão para a entrega de alguns colchões por parte da Secretaria de Ação Social do Estado da Paraíba. Isso gerou, em algumas delas, uma expectativa equivocada frente aos objetivos da primeira reunião e, quase certamente, justifica o não comparecimento posterior das 11 (onze) mulheres desistentes.

Constituído o grupo-pesquisador, foi aplicada a "Técnica de Apresentação" (Anexo IV), para caracterização sócio-demográfica das participantes. Em seguida, foi solicitado que cada uma das componentes do grupo-pesquisador descrevesse, por associação com uma flor de sua preferência, suas características pessoais, subjetivas. Como ocorreu a escolha da mesma flor por mais de uma mulher do grupo, a diferenciação ocorreu pelo acréscimo de qualificadores, como cor e número, às flores escolhidas (Ex.: rosa branca 1). CABRAL (1998, p.191-2) destaca que "alguma forma de identificação é fundamental para que posteriormente se possa registrar as falas dos participantes, além de facilitar a organização dos dados e sua análise grupal", garantindo-se, na divulgação dos resultados, o anonimato dos participantes. A apresentação realizada, além disso, facilitou a comunicação intragrupal. Foi distribuído um crachá em forma de uma flor, com o nome da participante na frente

e o nome da flor escolhida no verso, a ser utilizado em todos os encontros do grupo-pesquisador.

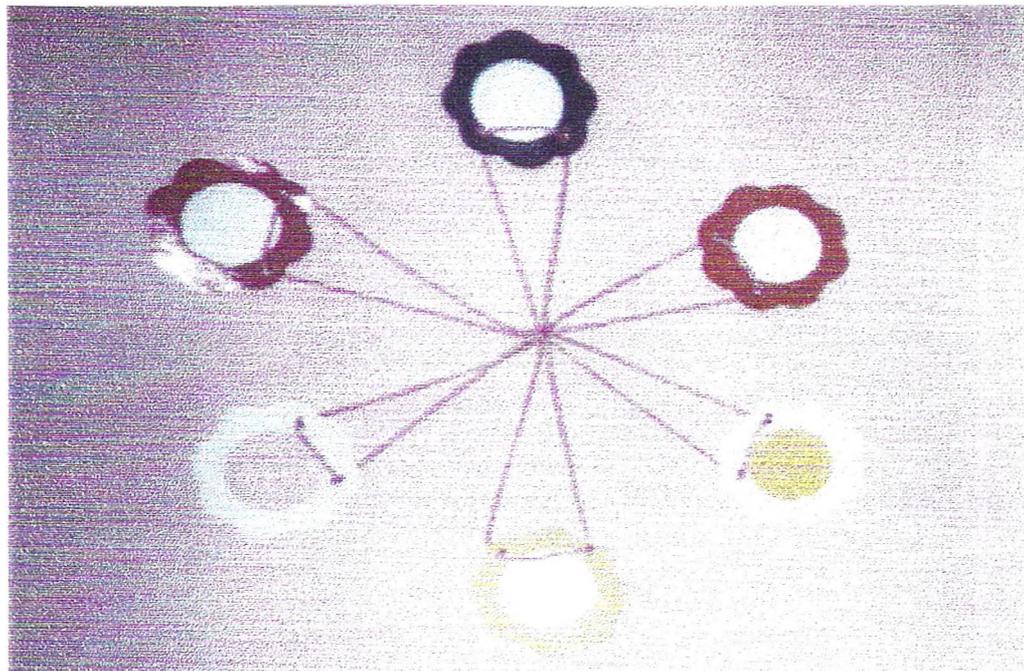


Figura 4 – Crachás utilizados pelo grupo-pesquisador.

Para melhor conhecimento das participantes do grupo-pesquisador, foram solicitados, durante a apresentação, alguns dados, tais como: idade, atividade/ocupação, escolaridade, renda familiar, número de filhos e estado civil. A computação desses dados permitiu evidenciar que o grupo-pesquisador foi composto por mulheres com idade variando entre 21 e 47 anos, sendo 62,5% (15) na faixa etária de 21 a 29 anos; 66,7% (16) solteiras; 83,4% (20) com escolaridade correspondente ao ensino fundamental; 70,8% (17) com 1 a 4 filhos, dentre as quais 70,6% (12) eram solteiras; 79,2% (19) com atividade/ocupação “do lar”; 62,5% (15) com renda familiar mensal entre 1 e 2 salários mínimos.

Esses dados caracterizam o grupo-pesquisador como sendo constituído por mulheres pertencentes a um agrupamento sócio-econômico desfavorecido, característico da Comunidade Maria de Nazaré. Algumas delas dependiam, para a própria sobrevivência e a dos filhos, de doações e contribuições, fosse de familiares, de amigos ou de estranhos.

Tabela 1 – Distribuição de variáveis sócio-demográficas das mulheres participantes do grupo-pesquisador, segundo faixa etária (n = 24) – João Pessoa, agosto a dezembro de 2000.

VARIÁVEIS	FAIXA ETÁRIA							
	21 a 29		30 a 39		40 a 47		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado Civil								
Solteira	13	54,2	02	8,3	01	4,2	16	66,7
Casada	02	8,3	03	12,5	03	12,5	08	33,3
Escolaridade								
Fundamental								
1ª fase	08	33,3	01	4,2	01	4,2	10	41,7
2ª fase	07	29,2	02	8,3	01	4,2	10	41,7
Médio	-	-	-	-	01	4,2	01	4,2
Não alfabetizada	-	-	02	8,3	01	4,2	03	12,5
Nº de filhos								
1 a 4	11	45,8	03	12,5	03	12,5	17	70,8
5 a 8	-	-	02	8,3	01	4,2	03	12,5
Sem filhos	04	16,7	-	-	-	-	04	16,7
Atividade/ocupação								
Do lar	11	45,8	04	16,7	04	16,7	19	79,2
Vendedora	01	4,2	01	4,2	-	-	02	8,3
Estudante	03	12,5	-	-	-	-	03	12,5
Renda familiar (SM*)								
< 1 SM	02	8,3	-	-	01	4,2	03	12,5
1 a 2 SM	10	41,7	04	16,7	01	4,2	15	62,5
Sem renda	03	12,5	01	4,2	02	8,3	06	25,0

* O salário mínimo vigente no período do estudo era igual a R\$ 151,00 (cento e cinquenta e um reais).

Considera-se que as técnicas utilizadas nessa fase do estudo facilitaram a integração pesquisadora/grupo-pesquisador, a quebra de resistências iniciais, de ansiedades, de medo do desconhecido.

Para garantir a assiduidade das mulheres nas fases e atividades subseqüentes do estudo, era distribuído entre as mesmas, ao final de cada reunião, um Cartão de Agendamento (Anexo V), marcando a data do próximo encontro.

Como estratégia para facilitar a participação das mulheres que não tinham com quem deixar os filhos, foram programadas atividades sócio-educativas para as crianças (vivências lúdicas, colagens, criações com massa de modelar, pintura, entre outras), para o que se contou com a ajuda de uma recreadora infantil da própria Comunidade. Quase sempre, procurou-se supervisionar o planejamento dessas atividades.



Figura 5 – Filhos de mulheres do grupo-pesquisador em atividades sócio-educativas².

3.2.2 Escolha do tema a ser pesquisado

A identificação do tema prioritário a ser trabalhado foi feita pelo grupo-pesquisador, a partir de seus próprios interesses, como determina a abordagem da sociopoética e a pedagogia freiriana. Essa fase foi desenvolvida em dois encontros.

É oportuno destacar que, antecedendo o início das atividades grupais, era realizada a “Técnica de Relaxamento” sugerida por Castilho (1998) e descrita no Anexo VI deste trabalho. Com essa técnica, objetivou-se promover uma sensação de bem-estar nas participantes e, ao mesmo tempo, estabelecer uma aproximação mais efetiva das mulheres com seus corpos.

FREIRE (1998, p. 114) enfatiza a necessidade do educador progressista “... ter práticas democráticas com relação aos conteúdos.” Para GAUTHIER (1999), a identificação da *demandas de saber* do grupo permite aos facilitadores da pesquisa conscientizarem-se das implicações institucionais – existenciais, organizacionais,

² Fotografia previamente autorizada para divulgação nesta tese, pelas mulheres participantes do grupo-pesquisador.

ideológicas, materiais, imaginárias e libidinais –, em relação ao tema da pesquisa e ao grupo participante.

Neste trabalho, para identificar a demanda de saber do grupo-pesquisador, considerando-se as etapas específicas da vida de cada uma das participantes e os eventos associados a elas, solicitou-se no primeiro encontro dessa fase que, utilizando a criatividade individual, as mulheres, com liberdade para escrever, desenhar, colar, etc..., procurassem expressar aquilo que as preocupava em termos da saúde pessoal. Isso foi feito de modo cuidadoso, relacionando-se as possíveis formas de expressão que poderiam ser utilizadas e buscando-se não induzir o grupo na escolha, fosse da forma de expressão ou da necessidade individual de saber. Para tal, foram disponibilizados para o grupo: revistas, jornais, panfletos, papel ofício de várias cores, objetos de adorno do lar, fitas de várias cores, cordões, cartolinas, lápis de cor, cola e tesouras.

Ao final desse primeiro encontro, percebemos que, para algumas mulheres, as possibilidades criativas pareciam estar esgotadas, ou talvez reprimidas, visto que eram claras suas dificuldades para expressar suas necessidades de saber relacionadas à saúde. Em alguns casos, houve dificuldade de se apreender o significado do material individual produzido, havendo a necessidade de se solicitar às mulheres que se enquadravam nesses casos que traduzissem o sentido daquilo que procuraram exprimir. Diante dessa constatação, programou-se outro encontro, durante o qual emergiram novos fluxos de demanda de saber.

Buscou-se averiguar, nas diversas formas de expressão utilizadas pelas mulheres, as nuances que permeiam e determinam suas necessidades prioritárias no âmbito da promoção da saúde. Em seguida, houve uma leitura coletiva do material produzido individualmente e uma discussão grupal para a definição do tema prioritário.

Nas formas de expressão das mulheres predominou a colagem associada a questionamentos e afirmativas que retratavam o cotidiano das mesmas. Foi efetuada uma análise desse material e construído um mapa da demanda de saber, por área de necessidade, o qual foi ampliado e apresentado ao grupo-pesquisador para facilitar as discussões e a decisão sobre o tema prioritário.

Quadro 1 – Demanda de saber do grupo-pesquisador.

DEMANDA DE SABER POR ÁREA DE NECESSIDADE	Frequência
1. Assistência Obstétrica	
Assistência pré-natal	02
Gravidez normal	03
Parto normal	01
Amamentação	02
DST/AIDS e gravidez	01
Pré-eclâmpsia	01
Cuidado com RN prematuro	01
TOTAL	11
2. Assistência Ginecológica	
Doenças da mama (cistos, câncer)	06
Câncer cervical e doenças do útero (cistos)	05
Climatério	05
TOTAL	16
3. Outras	
Obesidade	01
Tabagismo e doença	01
DST/AIDS	02
Cálculos renais	01
Violência (pública e privada) contra a mulher	01
TOTAL	06

As demandas do grupo-pesquisador totalizaram quinze (15) diferentes temáticas, com uma frequência total de trinta e três (33) – algumas foram referidas por mais de uma mulher, e algumas das mulheres referiram mais de uma temática. Conforme apresentadas no Quadro 1, essas demandas possibilitaram o agrupamento em três áreas de necessidades de saber, sobressaindo-se a área da assistência ginecológica (16 – 48,5%), seguida da área da assistência obstétrica (11 – 33,3%) e de uma terceira área, mais geral, em que foram agrupados assuntos diversos (6 – 18,2%).

A temática prioritária selecionada pelo grupo-pesquisador foi representada pelo CÂNCER DE MAMA. Dada a diversidade de temas referidos, essa escolha se deu após intensa discussão, em que o grupo chegou à conclusão que, na produção do conhecimento coletivo, considerando-se o câncer de mama como tema aglutinador, poderiam ser abordadas outras temáticas referidas pelo grupo, tais como menopausa, obesidade, tabagismo, violência contra a mulher, gravidez e amamentação, consideradas como “temáticas transversais”, ou seja, que

estariam direta ou indiretamente associadas a medidas preventivas ou a fatores contribuintes do câncer de mama.

Destaca-se nesta fase do estudo a motivação, participação e interesse das mulheres do grupo-pesquisador, a despeito de se haver observado em algumas uma certa preocupação em revelar suas necessidades. Houve, inclusive, a busca de “aprovação frente ao revelado”. Nesses casos, fazendo-as refletir sobre o que haviam expressado, indagava-se: É esta sua necessidade prioritária no âmbito da promoção da saúde?

Embora a expressão inicial das demandas de saber fosse individual, a técnica possibilitou a efetiva aproximação entre as mulheres. Ressaltam-se, a esse respeito, as com baixa escolaridade ou analfabetas que, para a revelação de suas necessidades, buscaram ajuda de outras mulheres do grupo que eram alfabetizadas. Definido o tema prioritário, passou-se a considerar toda a produção subsequente de dados como um *diário coletivo de pesquisa* (GAUTHIER, 1999), em que cada uma das mulheres do grupo-pesquisador teve a liberdade de expressar tudo aquilo que desejasse em relação ao tema.

3.2.3 Produção de dados

Os dados foram produzidos de modo participativo e dialógico, como preconiza a abordagem da sociopoética e a pedagogia freiriana. Assumiu-se para o trabalho coletivo de produção do conhecimento acerca do câncer de mama a afirmativa de Paulo Freire, segundo a qual “... construindo juntos, saberemos melhor” (FREIRE & NOGUEIRA, 1993, p.35).

Sobre a possibilidade de criação do tipo artística no pesquisar, no conhecer e no aprender, GAUTHIER (1999, p.53) enfatiza que a sociopoética

não considera as pessoas envolvidas na pesquisa como possuidoras de saberes congelados, nem de ilusões fixadas. Ela busca entender, ou seja, vivenciar para entender, o momento criador, tanto do saber como das ilusões. (...) ela solicita as pessoas para elas expressarem o desconhecido, o recalcado, o escondido na superfície da pele...

Na busca de apreender as vivências, ilusões e saberes do grupo-pesquisador sobre o tema prioritário – Câncer de Mama –, foram aplicadas, em momentos distintos, a “Técnica dos Lugares Geomíticos” e a dinâmica “A *Árvore do Conhecimento*”.

A “Técnica dos Lugares Geomíticos” foi inspirada na percepção do espaço segundo a cultura dos povos indígenas do Pacífico (GAUTHIER & SANTOS, 1996). Conforme a descrição desses autores, há em seu desenvolvimento um momento individual de produção das imagens, um momento de discussão e síntese em pequenos grupos, e um momento de discussão dessas imagens no grande grupo. GAUTHIER et al. (1998) destacam que as sínteses preservam as diferenças e as contradições, assim como os pontos originais de cada participante na construção do saber coletivo; elas marcam os problemas, ao invés de uni-los ou reduzi-los artificialmente. Para GAUTHIER (1999, p.55), essa técnica permite

a criação de um princípio diferente, inacostumado, para gerar a expressão da energia imaginativa das pessoas e do grupo. Sendo a forma inacostumada, é provável que emergjam conteúdos, expressões, imagens inacostumadas, inesperadas.

Há para esta dinâmica um conjunto de 16 lugares geomíticos – a Terra, o Poço, a Ponte, a Falha, os Fluxos, o Cume, o Túnel, o Labirinto, o Limiar, a Gruta, o Caminho, a Estrada, a Galáxia, o Rio, o Trilho e o Arco-íris –, os quais funcionam como reveladores do imaginário individual e coletivo (GAUTHIER & SANTOS, 1996).

Para a vivência da técnica com o grupo-pesquisador deste estudo, foram selecionados os lugares geomíticos TERRA, POÇO e CAMINHO, associando-os, respectivamente, a Terra, ao entendimento do grupo-pesquisador acerca da mama sadia e do câncer de mama (abordagem conceitual); o Poço, aos fatores de risco para o câncer de mama; e o Caminho, às medidas de prevenção ou de detecção precoce do câncer de mama. Para a aplicação dessa técnica, foram entregues às participantes do grupo-pesquisador quatro diferentes folhas de papel contendo, cada uma delas, uma questão que elas deveriam responder:

1) Se a mama sadia fosse uma **Terra**, o que essa **Terra** representaria para você?

- 2) Se o câncer de mama fosse uma **Terra**, o que essa **Terra** representaria para você?
- 3) Se os fatores de risco para o câncer de mama fossem um **Poço** onde não se quer cair, o que representaria esse **Poço** para você?
- 4) Se as medidas de prevenção ou de detecção precoce do câncer de mama fossem um **Caminho** por onde se deve seguir, o que representaria esse **Caminho** para você?

A técnica dos lugares geomíticos foi realizada em dois encontros sucessivos. No primeiro encontro, buscou-se averiguar como se encontra cristalizada no imaginário das mulheres a percepção sobre a mama sadia (Questão 1). Como preparação do grupo-pesquisador, realizou-se a "Técnica de Relaxamento" descrita no Anexo VI.

Quadro 2 - Objetivação da mama sadia como uma **Terra**.

Participante	Extratos das falas
Rosa vermelha 4	<i>Fonte de alimento / oportunidade de amar o filho / vida / prazer sexual / fonte de admiração do companheiro / algo muito especial.</i>
Rosa mesquita vermelha	<i>Vida que alimenta vidas / exige atenção e zelo para ser saudável e fértil.</i>
Rosa branca 1	<i>Saúde para a criança faminta / tristeza e desgosto se perdê-la, peço a Deus que isso não aconteça comigo / fonte de alegria.</i>
Rosa rosa-choque	<i>Riqueza para poder sempre amamentar recém-nascidos desnutridos e crianças de mães que têm problemas mamários / terra livre e de ar puro.</i>
Rosa vermelha 5	<i>Saúde para o corpo da mulher / perda é doença / fonte de alimento sem medo de faltar / forças para viver.</i>
Rosa amarela	<i>Terra sem nenhum problema / felicidade por ter mamas saudáveis com desejo de compartilhar essa felicidade com a terra em peso / beleza física e charme.</i>
Girassol 2	<i>Tudo! porque uma mama sadia é importante / quem tem mama sadia tem tudo na vida.</i>

Rosa vermelha 1	<i>Mundo cheio de alegria / riqueza / felicidade / dou graças a Deus por não ter doenças nos seios / é saudável porque dei de mamar / amor conjugal / têm muitas mulheres sofrendo com câncer.</i>
Rosa vermelha 9	<i>Saúde dos filhos porque sem as mamas não poderia alimentar meus filhos / prazer pessoal e para o companheiro.</i>
Cravo branco 1	<i>Luz / vida / esperança / alegria / paz / felicidade / amor.</i>
Rosa mesquita rosa	<i>Alimento / felicidade / é ter paz, saúde e felicidade no coração / todas as crianças com saúde / faz parte da mulher / sem elas não somos nada.</i>
Rosa branca 5	<i>Amamentar os filhos da gente / mulher mais sadia / partilhava toda a felicidade com a terra / beleza / sem a mama agente era feia, estranha.</i>
Margarida vermelha 2	<i>Sem amamentar tira a saúde das crianças / era tudo diferente porque não teria câncer de mama nas mulheres.</i>
Margarida vermelha 3	<i>Vida / prazer de viver / prazer / alegria / eu as amo porque Deus mim deu.</i>
Lírio branco	<i>Lugar para sobreviver com bastante ar puro, sem poluição nem desigualdade social para poder ser feliz / teria que ser bem cuidada para ser habitada.</i>
Girassol 1	<i>Poço de leite saudável para todas as crianças da terra.</i>
Girassol 3	<i>Vida / amor / paz / prazer de amamentar.</i>
Cravo branco 2	<i>Saúde da mulher.</i>
Rosa vermelha 7	<i>Saúde da mulher / grande mama para as crianças.</i>

No segundo encontro, buscou-se apreender o entendimento do grupo-pesquisador acerca do câncer de mama, dos fatores de risco para o câncer de mama; e das medidas de prevenção ou de detecção precoce do câncer de mama (Questões 2, 3 e 4). Antecedendo a atividade, aplicou-se a "Técnica de Relaxamento *Eu, meu mundo e os lugares onde transito*" (Anexo VII), idealizada e construída com base nos lugares geomíticos selecionados para o estudo.



Figura 6 – Participantes do grupo-pesquisador durante técnica de relaxamento.

Na busca de uma produção de dados eficaz, GAUTHIER (1999, p. 60) enfatiza que “a criação de novas técnicas é desejável ...”, recomendando o uso de “... pelo menos duas técnicas diferentes ...” (p.45), visto que cada uma produz dados diferentes e dá uma forma particular aos conteúdos da pesquisa.

Objetivando uma produção de dados capaz de complementar a revelação do imaginário social das mulheres sobre o câncer de mama, aplicamos ainda a técnica “*A Árvore do Conhecimento*”, utilizada por CABRAL (1998),. Essa técnica, aplicada no terceiro encontro da fase de produção de dados, permitiu ao grupo-pesquisador a forma de abstração do tipo *por sobre-contextualização*, durante a qual, segundo GAUTHIER (1999, p.35), “... cada um mergulha no contexto da sua vida, da sua experiência, da sua memória e do seu desejo.” Para auxiliar a reflexão do grupo-pesquisador, foram apresentadas às participantes as seguintes questões-chave: 1. Como você compreende o câncer de mama?; 2. Quais os fatores de risco envolvidos no seu surgimento?; e 3. O que poderemos fazer para evitá-lo e/ou descobri-lo o mais precoce possível?

Foram distribuídos entre as participantes faixas de papel cartolina e moldes de folhas e flores, em que deveriam registrar as respostas às três questões: nas faixas, associando-as ao tronco de uma árvore a ser cuidada (a mama), seriam registradas as respostas concernentes à compreensão sobre o câncer de mama; nas folhas, os fatores de risco envolvidos no seu surgimento; e, finalmente, nas

flores, as medidas de prevenção ou de detecção precoce do câncer de mama. Após a devolução, as respostas foram coladas no molde de uma árvore, especialmente idealizado para essa finalidade.



Figura 7 – A árvore do conhecimento coletivo sobre o câncer de mama.

Para CABRAL (1998), somente na relação entre objetividade e subjetividade é possível penetrar na realidade concreta dos sujeitos e fazer emergir o conhecimento. Isso foi constatado neste estudo. Na construção da árvore do conhecimento do grupo-pesquisador sobre o câncer de mama, seus fatores de risco e medidas de prevenção ou de detecção precoce, pôde-se observar que as mulheres se transportaram do mundo concreto para o abstrato e do abstrato para o concreto pensado, como também do plano individual para o coletivo. Ao final da construção da árvore, houve momentos de contemplação e expressões de surpresa do grupo-pesquisador diante do material produzido: “Ficou foi bonito!”.

É oportuno destacar que, precedendo a aplicação desta técnica, foram efetivadas a apresentação e explicação da mesma ao grupo-pesquisador. Em seguida, proporcionamos um momento de relaxamento, através do qual buscamos diminuir

o nível de controle consciente do grupo, a fim de que emergissem os "... saberes enterrados e imersos, os ventos raros, as lavas congeladas pela história coletiva e individual ...", como afirma GAUTHIER (1999, p.53).

Sobre a ritualização de técnicas, GAUTHIER (1999) destaca que é através dela que se cria um espaço-tempo com seus ritmos próprios, seus prazeres, suas exigências fortes, diferentes dos da vida ordinária, e torna-se possível a emergência e expressão do íntimo, do conflituoso, do recalcado, do proibido, permitidos pela confiança e ternura proporcionadas na vivência do grupo-pesquisador. Aplicadas a "Técnica dos Lugares Geomíticos" e a dinâmica "A *Árvore do Conhecimento*", os saberes e as vivências do grupo-pesquisador no que concerne ao câncer de mama, aos fatores de risco e às medidas de prevenção e detecção precoce, foram sintetizados nos quadros seguintes.

Quadro 3 - Objetivação do câncer de mama como uma Terra.

Participante	Extratos das falas
Rosa rosa-choque	<i>Terra ruim / doença que não tem cura / não traz um mundo nem uma vida feliz para ver e sonhar / doença que maltrata / mata aos pouco / doença igual à terra: cheia de dificuldades e violência / traz tristezas e desespero para todos.</i>
Rosa vermelha 5	<i>Planeta saúde doença / doença ruim / começa com um caroço e enraíza todo / recomendo ir ao médico.</i>
Cravo vermelho 2	<i>Terra cheia de coisa feia / muita tristeza na terra/ horrível/ terrível / não haveria reprodução.</i>
Dália verde	<i>Não ia reproduzir, ia só matar / maltratar o portador até sua própria morte / ruim de se viver / ruim de tudo..</i>
Rosa vermelha 1	<i>Terra péssima / terra doente / difícil de tratar / terra triste que chora com a tristeza por estar doente.</i>
Lírio branco	<i>Triste / destruidora de alegrias / só habitava tristezas / desolada (despovoada) / sem graça / ninguém gostaria de habita-la / doente / sem vida.</i>
Rosa branca	<i>Coisa desagradável porque é doença incurável / só Deus é quem conforta para suportar esta doença / nada de bom.</i>
Rosa branca 3	<i>Coisa muito triste / não existia esperança na terra /</i>

	<i>cuidaria dela para ela ter vida, paz, alegria, amor e felicidade.</i>
Rosa violeta	<i>Terra cheia de doença / cheia de problemas / terra triste de povo sofredor / ficava um povo revoltado que poderia até se matar por desgosto com a vida.</i>
Rosa branca 4	<i>Terra ruim / não tem cura / não colheria nada de bom / seus frutos seriam ruins, sem prestar.</i>
Rosa mesquita vermelha	<i>Terra muito triste / sem alegria / terra improdutiva / faria o possível (lutava) para torná-la produtiva.</i>
Rosa vermelha 4	<i>Não tinha alegria no mundo / não tinha nada de verde / as árvores morreriam / não tinha trabalho na agricultura.</i>
Margarida vermelha 3	<i>Esta doença, só o nome faz medo / nós não podemos nos entregar, temos que lutar muito.</i>
Cravo branco 1	<i>Doença perigosa / que não pode evitar.</i>
Rosa vermelha 9	<i>Terra sem vida / sem alegria / lutaria para esta terra ter alegria, amor e carinho.</i>
Cravo branco 2	<i>Muitas coisas / lutava para ficar boa / doença que faz medo, eu rezo para não acontecer em mim, nem em alguém / muito terrível.</i>
Rosa amarela	<i>Terra difícil de tratar / só produziria frutos ruins.</i>
Rosa vermelha 7	<i>A vida era feia / cheia de problemas e dor / vida sem alegria / cheia de doenças.</i>
Rosa branca	<i>Se fosse sadia (a terra) era bom / era ruim / triste / sem alegria.</i>

Quadro 4 - Objetivação dos fatores de risco para o câncer de mama como um **Poço**.

Participante	Extratos das falas
Rosa rosa-choque	<i>Fundo / cheio de bactérias e bastantes micróbios / sem socorro (salvação) / ruim / cheio de contaminação para nossa própria vida / sem fim / bastante perigoso para tomar banho / transformado em pulmões feridos pelo cigarro / cheio de chamas pelo corpo.</i>
Rosa mesquita rosa	<i>Não queria passar perto / pancada / cisto / fumar / procurar um psicólogo para não cair em depressão / fazer exame mamário / ter parceiro certo.</i>

Margarida vermelha 3	<i>Fundo / tem germe que transmite esta doença / picada de inseto contaminada que pode levar a morte / cisto / leva a perda da mama que ninguém que perder.</i>
Rosa branca	<i>Ruim / não gostaria de cair nele / com água contaminada / tem doença que não tem cura / depressão / pancada / desgosto / pode ser hereditário.</i>
Rosa vermelha 1	<i>Ruim / maltratado que ninguém que chegar perto / não passava nem por perto / está contaminado / não quero cair / nem chego perto dele / dele quero distância / tumor maligno / pancada leva a morte / o caroço se enraíza, se complica mais e não tem cura / fumar.</i>
Rosa vermelha 5	<i>Cheio de doença / agente nunca deveria cair / cheio de doença / poderia nos contaminar / ruim para as pessoas / câncer de mama que contamina pessoas inocentes / pancada que vira caroço maligno / a gente deve se cuidar.</i>
Rosa branca 1	<i>Não queria cair / gera medo porque é de doença ruim / caroço que vira de pancada / doença mal curada / caroço muito perigoso / deve se cuidar, se tratar / cigarro / bebida alcoólica / pancada / caroço / pode levar à morte quando não tem cura.</i>
Dália verde	<i>Temos que se prevenir para não cair nele / ele significa morte por sua profundidade e por suas bactérias / cigarro.</i>
Rosa branca 3	<i>Fumo / simples carocinho que leva alguém ao desespero, à depressão, até a morte / jamais quero passar perto.</i>
Rosa branca 4	<i>Queria distância / poço da doença / tumor / falta de higiene / não ir ao médico / cigarro / pancada.</i>
Rosa mesquita vermelha	<i>Muito profundo / com bactérias que contamina e leva à morte / do descuido / do cisto / do fumo.</i>
Lírio branco	<i>Abismo onde não desejaria cair nunca / poço da morte / do descuido / do tabagismo / caroço mal cuidado / da secreção.</i>
Cravo branco 1	<i>Sujeira / não ir ao médico / temos que ir ao médico tirar a sujeira e ter mais carinho com nosso corpo / útero inflamado.</i>
Rosa vermelha 7	<i>Sem fim / com muitas doenças e perigos / contaminado / doenças na mama / doenças no útero / cigarro / bebidas alcoólicas / problemas da vida diária (sociais).</i>
Cravo vermelho 2	<i>Buraco bem grande / é muito feio / cheio de doenças</i>

	<i>muito feias / cheio de coisas como: cigarro, bebidas alcoólicas, pancada e cisto.</i>
Rosa vermelha 4	<i>Descuido de vida / pancada / cisto / cigarro / bebida alcoólica / pode levar até a morte.</i>
Rosa violeta	<i>Não passava nem por perto / poço da morte / poço da doença / do descuido de não ir ao médico.</i>
Rosa amarela	<i>Ruim / ninguém queria chegar perto / nesse poço não quero cair / caroço.</i>
Rosa vermelha 9	<i>Cisto / pancada / caroço / teria muitas doenças.</i>
Cravo branco 2	<i>Descuido / dores / poderia perder a mama / cisto / pancada / bebida alcoólica / poderia levar até a morte.</i>

Quadro 5 - Objetivação das medidas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama como um **Caminho**.

Participante	Extratos das falas
Rosa rosa-choque	<i>Caminho de uma vida melhor / caminho feliz / cheio de cuidados e verdades / para melhor percebe-lo e cuidar antes que ela (a doença) apareça / ir aos médicos especialistas / cuidar-se para não ter tristezas demais e nem depressões / caminho feliz por ser da cura / solução é o exame preventivo.</i>
Rosa vermelha 5	<i>Da saúde / ir ao médico / deveríamos apertar os seios todos os dias / deveria ir por este caminho / da felicidade de todo mundo que o segue / tão bonito.</i>
Rosa branca 1	<i>Nós todas devemos ir ao médico para não criar esta doença difícil de descobri-la / as pessoas ao irem ao médico fazer exames quando a descobre é uma tristeza.</i>
Rosa mesquita rosa	<i>Fazer o auto-exame das mamas / amamentar sempre o filho / ter parceiro certo / não deixar a tristeza tomar conta do corpo.</i>
Cravo branco 1	<i>Da alegria / do amor / da felicidade / da paz / da limpeza consigo mesma / fazer exame de mama / ir ao ginecologista.</i>
Rosa vermelha 1	<i>Seria feliz / ir ao médico (mastologista) / não levar pancada / não fumar / fazer exame da mama de 6 em 6 meses.</i>
Rosa branca	<i>Muitas coisas / muitos meios.</i>

Lírio branco	<i>Limpo sempre / revisado periodicamente / bem cuidado, protegido.</i>
Rosa mesquita rosa	<i>Alegria / paz / ir ao médico de 6 em 6 meses / fazer os exames de prevenções.</i>
Rosa amarela	<i>Amamentar / viver em paz / ter tranqüilidade / ter amor.</i>
Rosa branca 4	<i>Cuidar antes que ela apareça / paz / amor / sabedoria / fazer o auto-exame das mamas.</i>
Girassol 3	<i>Da vida / da clareza / da felicidade / da não depressão / da vida / da prevenção.</i>
Margarida vermelha 3	<i>Ir ao médico / agente mesmo dá massagem / não ficar deprimida / pensar coisas positivas.</i>
Rosa vermelha 7	<i>Da vida / ir ao hospital / viver mais feliz / ir para o médico / fazer exames.</i>
Rosa vermelha 4	<i>Ir ao médico de 6 em 6 meses / fazer exame geral.</i>
Rosa violeta	<i>Ir ao médico / evitar pancada / não fumar / ter higiene.</i>
Cravo branco 2	<i>Da saúde / ir ao ginecologista de 6 em 6 meses / fazer exames na mama / não beber / não fumar.</i>
Rosa vermelha 9	<i>Não fumar / não beber / ir ao médico / evitar ter depressão / ter muito amor e carinho.</i>
Cravo vermelho 2	<i>Ir ao médico de 6 em 6 meses para fazer exame geral.</i>
Dália verde	<i>Da cura / da salvação.</i>

Pode-se afirmar que o tempo-espaco de ritualização das técnicas utilizadas serviu de canal para a expressão dos saberes e da poética do grupo-pesquisador no que concerne à mama sadia, ao câncer de mama e aos aspectos necessários à promoção da saúde da mulher nesse contexto.

Durante toda a fase de produção de dados, utilizou-se a técnica da observação, através da qual buscou-se apreender o envolvimento das participantes e as emoções que emergiam, fossem derivadas das vivências grupais específicas do estudo, ou originadas por fatores externos ao que ocorria no tempo-espaco das reuniões do grupo, mas que influenciava decididamente o processo.

Assim, às vezes foi necessário fazer intervalos nas sessões, ou suspendê-las, para cuidar de assuntos que preocupava as participantes e que determinava uma

prioridade de atenção. No mês de agosto, as mulheres revelavam a preocupação com as conseqüências das fortes chuvas que ocorreram no ano de 2000 e que causaram inundações e alagamentos em vários locais da Comunidade, com casas em risco de desabamento. Sempre que se aproximava o final do mês, a preocupação era com a escassez de alimentos nas residências. Nos meses de outubro e novembro, o grupo esteve agitado face à proximidade das eleições municipais para prefeito e vereadores, visto que as distribuições de “santinhos” e outras divulgações de candidatos representam oportunidades de ganhos econômicos para muitas mulheres da Comunidade Maria de Nazaré. Em tais situações, as vivências grupais representaram (e tinha que ser assim!) muito mais momentos para descontração e escuta sensível.

A despeito disso, é mister enfatizar o relato das mulheres no que concerne a nunca terem participado antes de pesquisas em que a produção de dados as resgatava como sujeitos da pesquisa. Era também evidente a disponibilidade de várias mulheres para contribuir, de modo voluntário, com a organização da sala, distribuição dos materiais a ser utilizados nas dinâmicas grupais e dos protocolos marcando a reunião seguinte.

No que concerne aos registros das observações, esses eram feitos o mais próximo possível de suas ocorrências, para que não houvesse lapsos, esquecimentos ou equívocos nas anotações. Para tal, foi utilizado um diário de campo, onde tanto as vivências quanto as observações eram descritas em sua totalidade e com riqueza de detalhes. Além disto, na busca de melhor captação dos conteúdos produzidos pelas mulheres, com o devido consentimento das mesmas, foi utilizado o recurso de gravar em fita cassete as discussões grupais.

As técnicas utilizadas e as discussões coletivas permitiram explorar e desvelar o cotidiano das mulheres, com o intuito de investigar como vêem e compreendem o processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que desnudaram os aspectos sociais, valores, crenças, atitudes e idéias que determinam suas práticas de promoção da saúde relacionadas ao tema “Câncer de Mama”.

Ao final desta etapa do estudo procedeu-se a uma avaliação processual. Iniciou-se a avaliação por uma retrospectiva dos trabalhos realizados até então pelo

grupo-pesquisador. Em seguida, foi facultada a palavra a cada uma das participantes para que expressasse os pontos positivos e os negativos do trabalho que estava sendo feito. Nessa avaliação, foram apontados como pontos positivos nossa chegada à Comunidade e as contribuições para a promoção da saúde da mulher, assim como o zelo e respeito pelo grupo-pesquisador. Os pontos negativos abrangeram a impontualidade de algumas mulheres, que atrasava o início e prolongava o horário de término das reuniões. Após discussões, fixou-se que o início de nossas reuniões haveria de ser às 14:00 horas e o seu término até às 16:00 horas. Para tal, instituímos estratégias de integração, para envolver as mulheres e estimular a pontualidade.

Finalmente, considera-se oportuno destacar que a idealização e estruturação dos dispositivos para captar os dados produzidos pelo grupo-pesquisador, foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa e alcance dos objetivos propostos. GAUTHIER (1999, p.13), enfatiza que

*é muito importante o momento em que é idealizado o **dispositivo de pesquisa/aprendizagem** [grifo nosso]. Ele deve (...) proporcionar a expressão da transversalidade dos desejos e poderes que age, de maneira inconsciente, na vida social.*

Além disto, a pluralidade de técnicas que foi utilizada justifica-se pelas possibilidades de busca da revelação do imaginário grupal sobre o tema priorizado. Deste modo, buscou-se selecionar aquelas que permitiam co-existir a eficiência, a geração do diálogo e a produção coletiva.

3.2.4 Análise e experimentação dos dados, pela facilitadora

Segundo GAUTHIER (1999, p.45-46), essa fase foi inspirada na Pedagogia do Oprimido do educador Paulo Freire e no Teatro do Oprimido criado por Augusto Boal. Nela, o(a) facilitador(a), trabalhando de modo individual, ousa "... contrapor sua fala, afirmar sua diferença" sobre os dados produzidos pelo grupo-pesquisador.

Neste estudo, seguindo a diretriz de qualquer pesquisa científica, a análise e experimentação dos dados permitiram reflexões e indagações sobre as imagens criadas pelo grupo-pesquisador, reveladoras, ao mesmo tempo, da estrutura escondida, da *forma* do pensamento de cada uma das participantes e do imaginário grupal acerca da mama sadia e do câncer de mama.

Esteve-se atenta, durante toda a fase, a que, na sociopoética, como afirma GAUTHIER (1999, p. 20-1), o importante "... é multiplicar os ângulos de visão, de escuta-fala sensível (...) pesquisar sem cessar o que ainda está invisível por falta de proliferação do olhar-ouvir-tocar-cheirar-degustar, do intuir, do se emocionar, do raciocinar."

A fase de análise e experimentação dos dados propiciou à facilitadora a criação/compreensão de conhecimentos inesperados, mas poéticos e harmônicos com a realidade histórico-social das mulheres que vivenciaram todo o processo da pesquisa. Averiguou-se nos dados produzidos o conteúdo e a forma do pensamento do grupo-pesquisador acerca do tema pesquisado; os aspectos que permeiam o imaginário coletivo sobre a mama sadia e o câncer mamário; a relação teoria e prática, poder e saber, saúde e doença, vida e morte, entre outros, que permitissem uma "síntese disjuntiva" da produção do imaginário coletivo sem, entretanto, ultrapassar a afirmação da diversidade, a multirreferencialidade e o pluriculturalismo do grupo-pesquisador; e como o grupo-pesquisador, mesmo sem ter consciência, ia se revelando em vários lugares geométricos, ao mesmo tempo.

3.2.4.1 Imaginário do grupo-pesquisador sobre a mama sadia

O grupo-pesquisador entende a mama sadia como importante e necessária para a integralidade da vida da mulher, particularmente como mãe e companheira. Nas falas do grupo sobressaiu-se seu relacionamento com aspectos tais como alimento, saúde, prazer, luz, poder, segurança, amor, paz, vida, pureza, alegria, igualdade social, riqueza, liberdade, felicidade, beleza, força para viver e esperança.

Esses aspectos encaminharam para a interpretação da mama sadia como a **terra** que **nutre**, que **alimenta a vida**, com uma conotação de necessidade vital, única e contínua, capaz de garantir a sobrevivência e a saúde dos filhos:

... vida... vida que alimenta vidas... saúde para a criança faminta... fonte de alimento, sem medo de faltar... sem amamentar tira a saúde das crianças... poço de leite saudável para todas as crianças da terra... oportunidade de amar o filho;

e, também, como a **terra** que gera **pulsão de vida**, que dá e recebe **prazer**, ora derivado do relacionamento conjugal, no sentido da satisfação sexual pessoal e do companheiro, ora derivado do ato da amamentação:

... prazer sexual... fonte de admiração do companheiro... fonte de alegria... forças para viver... quem tem mama sadia tem tudo na vida ... amor conjugal... luz.. vida... esperança... alegria... paz... felicidade... amor... prazer de viver... prazer de amamentar.

Nos saberes e vivências do grupo-pesquisador, identificou-se também uma visão ligada ao contexto **individual**:

... algo muito especial... beleza física e charme... faz parte da mulher... sem elas não somos nada... sem a mama a gente era feia, estranha;

uma visão ligada ao contexto **familiar**:

... fonte de admiração do companheiro... amor conjugal... sem as mamas não poderia alimentar meus filhos... prazer pessoal e para o companheiro... amamentar os filhos da gente;

e uma visão ligada ao contexto **coletivo**, à possibilidade de compartilhamento da fartura, felicidade, liberdade e igualdade social, que a mama sadia pode representar:

... riqueza para poder sempre amamentar recém-nascidos desnutridos e crianças de mães que têm problemas mamários... desejo de compartilhar essa felicidade com a terra em peso... lugar para sobreviver com bastante ar puro, sem poluição nem desigualdade social para poder ser feliz... poço de leite saudável para todas as crianças da terra... grande mama para as crianças.

Outro enfoque nos saberes e vivências do grupo-pesquisador acerca da mama sadia como uma **terra** esteve representado pela oposição cuidado/descuidado. O **cuidado** aparece na demanda de ações voltadas para a atenção, amor e zelo, que certamente levariam à manutenção ou promoção da saúde – ... (a terra) teria

que ser bem cuidada para ser habitada... quem tem mama sadia tem tudo na vida; o descuido, como podendo levar a tristeza, desgosto, sofrimento e impacto sobre a imagem corporal (feia, estranha) da mulher, deixando-a na condição de ser ou ter nada – ... sem elas não somos nada.

O grupo-pesquisador compreende a mama sadia como uma **terra** a que se liga **poder, prazer e dádiva divinal**. O **poder** é um tema importante expresso na vivência deste grupo-pesquisador, visto que ele se encontra ligado à condição da mulher de provedora de uma fonte alimentar pura; que representa oportunidade de expressão de amor (fortalecimento de vínculo afetivo) em relação ao filho e, ao mesmo tempo, sua auto valorização, traduzida pelo estereótipo feminino de beleza capaz de levar à apreciação do companheiro. O **prazer** permeia de modo constante o imaginário do grupo sobre a mama sadia, revelando-se com uma forte conotação voltada para a vida conjugal, como resultante de trocas libidinais das mulheres com seus companheiros. Entretanto, por ser um aspecto voltado para a privacidade, para o pudor, ele é expresso como felicidade, alegria, paz, luz, amor, enfim, como “... *tudo na vida*”. O prazer que a mama origina também está presente na maternidade e na prática da amamentação, como oportunidades de expressão e concretização do relacionamento mãe-filho. A mama aparece nas falas do grupo-pesquisador como o elo, o hífen desse relacionamento. Como **dádiva divinal**, a mama sadia é a **terra** ganha de “*presente*”, pela “*graça*” de Deus, que permite a ausência de problemas, entre eles o câncer de mama – ... *dou graças a Deus por não ter doenças nos seios... eu as amo porque Deus me deu.*

A análise evidencia que, acreditar na potencialidade de sua mama sadia e relacioná-la a uma **terra** que é fonte de poder e prazer, contribui para superar/minimizar a condição feminina de oprimida que foi historicamente determinada ao longo da formação de nossa sociedade, sobre a qual, contemporaneamente, as mulheres se opõem, ao instar novos espaços sociais, os quais têm íntima relação com suas condições de existência e cidadania. Assim, o reconhecimento e as discussões acerca da condição desigual, tanto no cenário privado quanto no público, têm servido como instrumentos de superação e de conquista de poder interior das mulheres para expressar e defender seus direitos, ampliar a autoconfiança, identidade própria e auto-estima, e exercer

controle sobre as relações pessoais e sociais – *empowerment* –, encorajando-as para o combate às adversidades que lhes oprimem.

Os dados produzidos pelo grupo-pesquisador revelam a mama sadia como uma **terra** que implica em auto-responsabilização sobre a manutenção dos filhos e também como estruturas anatômicas acessórias significativas da vida sexual da mulher. Assim, é representativa a evidência da auto-responsabilização das mulheres sobre a provisão alimentar contínua, às vezes, única, para a sobrevivência dos filhos. Isso, por um lado, determina certa segurança à mulher e incremento de seu poder pessoal mas, por outro lado, revela a exclusão da responsabilidade paterna (masculina) nesse processo, cabendo à mulher toda a decisão e responsabilidade quando da ocorrência do sucesso ou insucesso da amamentação. Associam-se a isso os determinantes sociais, econômicos e culturais, os quais estão diretamente envolvidos nesse processo. Desse modo, atribui-se à mulher a culpa quando do insucesso da prática da amamentação, mas se exclui ou subvaloriza os determinantes que permeiam essa atividade.

Há, ainda, nessa **terra** a evidência de forte valorização das mamas sadias como componentes essenciais da vida afetivo-sexual das mulheres, como expressão de sua feminilidade e, ao mesmo tempo, de fertilidade, aspectos esses que envolvem os diferentes papéis sociais da mulher e contribuem para determinar seu estilo de vida e seus padrões familiares em nossa cultura.

A mama sadia é também uma **terra** onde se ancora o sentimento de possibilidade de sua alteração e/ou perda, revelado como medo, angústia, tristeza que, ao mesmo tempo, expressa um alerta para a necessidade de autocuidado. Entretanto, há de se considerar que a ameaça de desfiguramento, alteração da sexualidade e da feminilidade, mesmo potencial, na vida da mulher, retarda significativamente a procura por cuidados de saúde, e isso, conseqüentemente, poderá ser um determinante para levar ao diagnóstico tardio de problemas mamários. Disso decorre a necessidade de que as instituições e os promotores da saúde pública promovam ações efetivas relacionadas à saúde da mulher, numa perspectiva de *empowerment*, na busca de prevenir/minimizar o impacto biopsicossocial das doenças mamárias sobre sua vida.

O fluxo voltado para a dádiva divinal que permeia o imaginário grupal sobre a mama sadia como uma **terra**, decorre do emergir de aspectos espirituais e existenciais que se destacam nos indivíduos ao enfrentar a possibilidade de uma ameaça real ou potencial de qualquer doença que resulte em perda de parte do corpo ou na morte. SILVA & MAMEDE (1998, p. 141) enfatizam que "... a presença da doença intensifica a busca de Deus, o que pode ser considerado um fenômeno natural decorrente da necessidade de proteção, recompensa e autoconservação."

Observou-se que a mama sadia como **terra** envolvia também o **caminho do cuidado/descuidado** e o **poço do cuidado/descuidado**. O **caminho** e o **poço** são construídos na **terra**. Assim, o imaginário do grupo-pesquisador acerca da mama sadia nos fez conhecer a possibilidade de transitar por dois lugares distintos: **caminho-poço-terra sadia** e **caminho-poço-terra doente, com problema**.

O lugar **terra-caminho-poço sadio** revelou-se como uma folha de trevo, que se dividia, se ramificava no lugar **caminho-poço-terra sadia provedora**, como fonte de alimento certa e contínua; no lugar **caminho-poço-terra sadia libidinal**, expresso por amor, desejo e prazer; e no lugar **caminho-poço-terra sadia divinal**, que se revelou por agradecimento ao Pai e Filho celestiais pelas mamas híginas, como uma dádiva de Deus. O lugar **caminho-poço-terra doente, com problema** revelou-se pelo medo do câncer de mama, por sentimentos de tristeza, angústia, desgosto que a doença determina e, dessa forma, percorrê-lo alertou o grupo-pesquisador para a possibilidade, sempre presente, de doenças mamárias, incluindo-se aí o câncer de mama. Vê-se o que o grupo-pesquisador, expressa a vontade de permanecer no lugar **caminho-poço-terra sadia**, visto que ele encerra a segurança dos aspectos indispensáveis à satisfação biopsicossocial da mulher.

O imaginário do grupo-pesquisador sobre a mama sadia contribuiu de modo significativo para a revelação e o entendimento de seu imaginário sobre o câncer de mama.

3.2.4.2 Imaginário do grupo-pesquisador sobre o conceito, os fatores de risco e as medidas de prevenção e de detecção precoce do câncer de mama

Conforme já foi mencionado anteriormente, a revelação do imaginário das mulheres sobre o câncer de mama, no que concerne à compreensão de sua abordagem conceitual, dos fatores de risco e das medidas de prevenção e de detecção precoce, foi subsidiada, respectivamente, pela exploração dos lugares geométricos **terra, poço e caminho**.

A – Se o câncer de mama fosse uma Terra, como seria essa Terra

Na fase de análise experimentação dos dados, o revelador **terra** permitiu averiguar as oposições, as alternativas e as escolhas estruturais que permeiam e determinam o entendimento do grupo-pesquisador sobre o câncer de mama. Nesse sentido, a leitura dos dados produzidos revelou que as mulheres compreendem o câncer mamário com uma **terra** associada a fortes **sentimentos negativos**.

Utilizando a **terra** como metáfora, o grupo de mulheres parece perceber o câncer como determinante de uma erupção vulcânica de emoções e sensações, face à possibilidade de perda das funções da mama e da vida. Os aspectos associados às **emoções** são os mais manifestos e envolvem percepções do câncer de mama como uma doença que determina sentimentos de tristeza, medo, desgosto e desesperança, que se revelam como atributos dessa **terra**. Dentre as emoções, a tristeza é a mais freqüente e importante para as mulheres, quando se referem ao câncer de mama. Os aspectos voltados para as **sensações** revelam, segundo o grupo-pesquisador, uma terra “cheia de dor” e de “povo sofredor”. Os qualificadores seguintes, utilizados pelo grupo para exprimir seus saberes e vivências acerca do câncer de mama traduzem, de modo geral, esses aspectos:

Terra - ... sem alegria... que dá medo... que traz tristezas... que traz desespero para todos... sem esperança... sem graça... sem vida feliz... destruidora de alegrias... de povo triste, sofredor e revoltado... que poderia levar ao suicídio... perigosa... cheia de problemas... ruim... cheia de coisa feia... que maltrata... horrível... terrível... muito terrível...

péssima... doente... um planeta só de doenças... despovoada... em que ninguém gostaria de habitar.

Nos saberes e vivências do grupo, outro aspecto importante relativo à compreensão do câncer de mama é aquele em que se associa a mama acometida por essa morbidade à perda de suas funções e à terminalidade telúrica da vida. Uma **terra** infértil, morta, como se pode verificar nos seguintes extratos de fala do grupo-pesquisador:

Terra - ... que não reproduz... de frutos ruins... de que não se colhe nada de bom... sem vida... mata aos pouco a vida... não ia reproduzir, ia só matar... as árvores morreriam... não tinha verde... terra improdutiva.

Esse misto de conotações sobre a mama com câncer e a importância das mamas na vida da mulher, leva o grupo-pesquisador a perceber a alternativa de busca de ações de promoção da saúde como algo indispensável. Desse modo, a mama é uma terra que necessita de **cuidados**, conforme se destaca nos relatos a seguir.

... Cuidaria para ela ser produtiva... cuidaria dela para que tenha paz, alegria, amor e felicidade... lutaria para esta terra ter alegria, amor e carinho... não podemos nos entregar, temos que lutar muito.

No aspecto cuidado há ainda, no entendimento do grupo, a percepção de ser uma doença não prevenível, da incurabilidade do câncer mamário e da dificuldade de tratá-lo. Disso emerge a crença de que *... só Deus é quem conforta para suportar essa doença ...* Nas falas esteve presente também a visão do câncer de mama como uma **terra**

... triste... em que só habitava tristeza... desolada (despovoada)... ninguém gostaria de habitá-la... sem vida,

traduzindo a possibilidade de auto-exclusão das mulheres ou o isolamento social, quando de sua ocorrência; ou, ainda, o desejo de distância da possibilidade de desenvolver o câncer de mama.

Há nos relatos do grupo-pesquisador sobre o significado do câncer mamário a revelação de fatores de risco, como também de algumas abordagens sobre a

prevenção ou detecção precoce dessa morbidade, fazendo com que, novamente, se interprete que, nessa **terra**, há **poço e caminho** ao mesmo tempo.

O grupo-pesquisador, traduz essa morbidade como aquela associada a sentimentos negativos, onde há mistos de emoções, sensações e perdas, que determinam as necessidades de cuidados com as mamas. Vale repetir que o órgão, quando sadio, ancora fortes expressões de feminilidade associadas à sexualidade e fertilidade e, por isso, de modo muito expressivo, influencia em todos os contextos da vida da mulher.

No campo da abordagem conceitual do câncer de mama, a análise dos dados produzidos pelo grupo-pesquisador revelou que as mulheres vivenciam essa patologia a partir das ambigüidades de um saber do senso comum, e atribuem a ela significados vigentes em seus sistemas de pensamento, alguns dos quais, destoam do conhecimento científico contemporaneamente aceito. Isso se torna evidente no imaginário do grupo-pesquisador, que associa alterações da imagem corporal, perda de funções e morte ao câncer de mama, revelando assim que as mulheres ainda o compreendem como uma patologia perigosa, incurável e contagiosa, por vezes, muito temida. Ou seja, como se estivessem no período em que a única forma de tratamento era a solidariedade humana. A revelação desses saberes traduz, por um lado, o medo e a impotência das mulheres e, por outro, as limitações da própria ciência frente a esta morbidade. Observa-se que, em nenhum momento, a reflexão se dá associada ao risco pessoal para desenvolvê-la, que não parece ser percebido pelas participantes do grupo-pesquisador. O câncer de mama é, sempre, uma doença “de outra mulher”.

A despeito de algumas delas se referirem à necessidade de luta e enfrentamento, tais percepções apontam para o afastamento das mulheres das ações de assistência à saúde, tanto para diagnóstico precoce quanto para tratamento, diminuindo, assim, as chances de cura que, para o câncer de mama é diretamente proporcional à precocidade de sua descoberta. As expressões do grupo revelam, mais que tudo, o distanciamento das instituições e profissionais da área da saúde das necessidades de promoção de autocuidado das mulheres. Elas constroem e reforçam seus saberes e vivências à margem da *ciência* e do saber dos profissionais da área.

Na análise dos saberes e vivências do grupo-pesquisador sobre o câncer mamário, objetivados pelo revelador **terra**, buscou-se a compreensão que as mulheres possuem do processo saúde-doença, objetivando desnudá-la e apreendê-la a partir da inter-relação entre o saber instituinte (popular) e o saber instituído (científico). Desse modo, verifica-se nos saberes e vivências evidenciados por estas mulheres que o câncer de mama, apesar de todo avanço técnico-científico, permanece no imaginário social com uma conotação de perigo, de perda de parte da mama ou de suas funções, de incurabilidade e de morte.

Essa constatação reforça a idéia de que há a demanda de ações de promoção da saúde que visem a resolução ou a minimização desse problema de saúde pública, visto que se trata da neoplasia maligna de maior incidência entre as mulheres em muitos países do mundo. O câncer de mama mantém-se, há algum tempo, com elevadas taxas de incidência e mortalidade entre mulheres com mais de 15 anos de idade, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo a incidência maior naquelas com idade superior a 50 anos. No Brasil, dados do Ministério da Saúde (INCA-MS, 2000) destacam que, de janeiro a outubro de 2000, surgiram 28.340 novos casos, havendo mais de 8 mil mortes de mulheres por causa dessa condição mórbida em todo o país. Ressalte-se, ainda, o alto custo psicológico, associado ao medo da morte e a cirurgias mutiladoras; e o custo sócio-econômico de internações prolongadas ou de tratamentos especializados que a patologia exige.

A possibilidade da melhor compreensão do processo saúde-doença seria para o grupo-pesquisador a **terra desejada**, mas o concreto do grupo-pesquisador sobre esta morbidade revela uma **terra desolada** que necessita ser habitada por novos saberes e vivências, que reescrevam o imaginário do grupo. A síntese disjuntiva revelou que a **terra** na qual o grupo imprime suas compreensões sobre o câncer de mama é a **terra** já habitada, onde há fluxos de um **poço** e de um **caminho** de carências sociais, de onde não se consegue sair, como é a própria vida das participantes.

... Doença igual à terra: cheia de dificuldades e violência... começa com um caroço e enraíza todo... maltrata o portador até sua própria morte... difícil de tratar... porque é doença incurável.

A compreensão da patologia como lugar geomítico **terra-poço-caminho** seria ideal para as mulheres. Entretanto, os lugares estão isolados, visto que, nessa **terra**, o “adubo” técnico-científico e as ações dos “jardineiros” – os promotores da saúde – têm uma ligação muito fraca com aquilo que a clientela de mulheres sabe ou necessita saber; no **poço**, há enormes lacunas acerca dos fatores de risco para o câncer e de comportamentos que os evitem ou minimizem seus efeitos; e no **caminho** residem perigosas redes de ambivalência.

Transitar com o grupo pelo lugar **terra-poço-caminho**, possível, comportou possibilidades de *empowerment* coletivo, através de ações educativas dialógicas de promoção da saúde, que ajudou o grupo-pesquisador a compreender a necessidade de lutar/cuidar da saúde mamária e de sonhar com a concretização da conquista da paz, alegria, amor... ou seja, de um lugar **terra-poço-caminho** fecundo – a vida sadia.

B – Se os fatores de risco do câncer de mama fossem um Poço onde não se quer cair, como seria esse Poço

A análise e experimentação dos dados produzidos pelo grupo-pesquisador acerca dos fatores de risco do câncer de mama como um **poço** (onde não se quer cair!), revelou que os saberes e vivências das mulheres se ancoram, inicialmente, em dois aspectos, um voltado para sua adjetivação e outro para a identificação dos fatores que podem contribuir para o aparecimento da patologia.

A adjetivação do **poço** substitui, metaforicamente, no imaginário grupal o próprio câncer de mama.

Poço – ... fundo... muito feio... ruim... bastante perigoso para tomar banho... buraco bem grande... abismo... sem salvação... muito profundo... gera medo... sem fim... maltratado... perigoso... mortal, por sua profundidade.

Os atributos do **poço** reafirmam a visão do grupo-pesquisador sobre o câncer de mama como uma doença contagiosa e incurável, que leva inevitavelmente à morte, revelando que os saberes e vivências dessas mulheres nem sempre estão em consonância com o avanço dos meios diagnósticos e de tratamento possíveis para essa patologia.

Quanto ao aspecto de identificação dos fatores de risco, houve a possibilidade de classificá-los em cinco grupos distintos, conforme descrito a seguir.

Biológicos: ... água contaminada... tem germe que transmite essa doença... bactérias... micróbios... doenças mal curadas... cisto... doenças na mama... útero inflamado... secreção... hereditariedade;
químicos: ... cigarro... bebida alcoólica; **físicos/traumáticos:** ... pancadas... mordida no seio... picada de inseto contaminado;
psicossociais: ... depressão... problemas na vida... desgosto; e **pessoais:** ... falta de higiene... não ir ao médico... descuido.

A multicausalidade, conceito caro aos epidemiólogos, está presente nos dados produzidos pelo grupo, haja vista que as mulheres o associaram a estilos e hábitos de vida, vírus, bactérias, doenças prévias, hereditariedade, descuido pessoal, etc. Como se pode constatar na leitura desses dados, co-existem no imaginário grupal saberes que correspondem ao que se conhece cientificamente como fatores de risco para o câncer de mama; e crenças infundadas, ou seja, aspectos a que elas atribuem o poder de originar o câncer de mama e que não encontram respaldo no saber instituído a respeito.

A necessidade de ações educativas no âmbito da promoção da saúde da mulher é evidente tanto no que diz respeito ao conhecimento sobre o câncer de mama quanto aos fatores de risco. Aparentemente, as campanhas educativas a respeito têm se limitado a enfatizar a necessidade do auto-exame das mamas, sem contribuir para uma compreensão mais integral das mulheres acerca da patologia. Ressalte-se, ainda, o caráter de responsabilização que se costuma imprimir nas mulheres pela descoberta do câncer em estágio avançado.

O revelador **poço** trouxe à consciência das mulheres a possibilidade de escolhas alternativas... O **poço** é assustador, temido!

... Não queria cair nem passar por perto... não gostaria de cair nele... ninguém quer chegar perto... não passava nem por perto... não quero cair nele... nem chego perto dele... dele quero distância... a gente nunca deveria cair nele... não desejava cair nunca nele... nesse poço não quero cair.

Os dados produzidos pelo grupo apontam para a não dissociação entre o **poço** e o **caminho**. Ao se debruçar sobre o **poço**, o grupo enxergou a possibilidade de um **caminho** para se evitar cair nele, o **caminho-não poço**.

... Procurar um psicólogo, para não cair em depressão... fazer exame mamário... a gente deve se cuidar... temos que se prevenir para não cair nele... temos que ir ao médico, tirar a sujeira e ter mais carinho com nosso corpo.

É evidente no grupo-pesquisador o desejo de se distanciar dos fatores de risco associados ao câncer de mama. Entretanto, há manifestas lacunas entre o desejo da promoção da saúde e da prevenção da doença, o conhecimento das mulheres e o conhecimento científico. O quadro descrito até o momento revela o descompasso que existe entre a realidade das mulheres e as ações executadas no âmbito do SUS, do qual o PAISM faz parte, reforçando a necessidade de sua adequação.

C – Se as medidas de prevenção e de detecção precoce do câncer de mama fossem um Caminho por onde se deve seguir, como seria esse Caminho

As imagens produzidas pelo grupo-pesquisador em relação às medidas de prevenção e de diagnóstico precoce do câncer de mama, objetivadas através do revelador **caminho** (por onde se deve seguir!), apontam para o fato de que as mulheres o reconhecem como importante e necessário para a manutenção ou promoção da saúde. Os atributos que associaram a esse lugar geomítico explicitam a polifonia do conteúdo e da forma do pensamento das mulheres a respeito.

***Caminho:** ... de uma vida melhor... cheio de cuidados e verdades... feliz... da felicidade de todo mundo que o segue... tão bonito!... da alegria... do amor... da paz... da limpeza consigo mesma... da vida... da clareza... da não depressão... da prevenção... da saúde... da cura... da salvação.*

O **caminho** por onde se deve seguir compreende, de acordo com o pensamento do grupo, algumas ações que podem ser realizadas pelas mulheres, por si sós, independentemente da participação do profissional da área da saúde. Essas

ações se diferenciaram em **ações de prevenção** da doença, relacionadas tanto à saúde física quanto à saúde mental:

Saúde física – ... *amamentar sempre o filho... ter parceiro certo... não levar pancada... não fumar... cuidar antes que ela (a doença) apareça... a gente mesmo dá massagem... ter higiene... não beber... Saúde mental* – *cuidar-se para não ter tristezas demais e nem depressões... não deixar a tristeza tomar conta do corpo... não ficar deprimida... pensar coisas positivas... viver mais feliz... evitar ter depressão... ter muito amor e carinho;*

e em **ações de detecção precoce** do câncer, com destaque para o auto-exame das mamas, que evidenciam a incorporação do discurso do saber instituído, sem que tenha ocorrido no grupo a demonstração de uma noção clara de como essas ações devem ser realizadas:

... deveríamos apertar os seios todos os dias... fazer o auto-exame das mamas.

Autocuidar-se, entretanto, não é suficiente. A manutenção da higidez mamária necessita de ser confirmada pelo profissional da área da saúde. Seguindo esse pensamento, o grupo-pesquisador associa a consulta ginecológica como o momento para efetivação do exame clínico das mamas pelo ginecologista ou especialista. Lamentavelmente, como se sabe, isso não ocorre. Apesar da prevenção e detecção precoce do câncer de mama ser uma ação constante do PAISM, nas instituições públicas prestadoras de serviços de saúde, são raros os ginecologistas que efetuam o exame das mamas como rotina da consulta ginecológica.

... Nós todas devemos ir ao médico (ginecologista e/ou mastologista), para não criar esta doença difícil de descobri-la... fazer exame da mama de 6 em 6 meses... fazer os exames de prevenções... ir ao hospital... ir ao ginecologista de 6 em 6 meses... ir ao médico de 6 em 6 meses para fazer exame geral.

A análise e experimentação dos dados acerca dos saberes e vivências do grupo acerca das medidas de prevenção e de detecção precoce do câncer de mama, objetivada pelo lugar geomítico **caminho**, revelou que ambos os aspectos (prevenção e detecção precoce) apresentam algumas fragilidades, que podem ser resolvidas com ações educativas adequadas às necessidades do grupo. O

caminho revelou também as ambivalências do grupo – ele é tido como *da saúde... da cura... da salvação* mas, ao mesmo tempo, encerra perigo pois, ao percorrê-lo, pode-se descobrir problemas mamários, incluindo-se aí, o câncer de mama, o que gera muito medo. Dessa ambivalência pode decorrer o receio de algumas mulheres em tocar (examinar) as próprias mamas, como medida de detecção precoce do câncer mamário, deslocando essa responsabilidade para o profissional de saúde.

A ligação entre o desejo de seguir o **caminho** do autocuidado e o conhecimento expresso pelo grupo sobre as medidas necessárias para tal, particularmente sobre o auto-exame, apresentava-se limitada, fraca, incipiente. O saber das mulheres sobre as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama se caracteriza como um saber popular, permeado por crenças infundadas, distante do que é evidenciado na literatura pertinente ao assunto.

É importante destacar que a reflexão do grupo-pesquisador sobre o caminho da prevenção/detecção precoce do câncer de mama não envolve, de modo consciente, a responsabilidade das instituições prestadoras de serviços de saúde. Desse modo, para esse grupo de mulheres, o resgate da cidadania não parece incluir a conquista do direito à saúde e à atenção profissional, estando mais diretamente voltadas para a sobrevivência imediata – alimentação, moradia e trabalho. Ampliar a compreensão do grupo-pesquisador sobre as medidas de promoção da saúde e do autocuidado foi uma necessidade que se procurou suprir nas intervenções feitas durante as vivências coletivas.

A análise e experimentação dos dados produzidos pelo grupo-pesquisador nos permitem inferir que as mulheres vivenciam o **caminho** por onde devem seguir (prevenção e detecção precoce do câncer de mama) com bastante limitação. Por isso, ele comporta obscuridade, apesar de, para as mesmas, representar luz, saúde, sabedoria e vida pelas possibilidades de promoção e manutenção da saúde.

A obscuridade está presente no significativo déficit de conhecimento do grupo-pesquisador sobre as medidas de prevenção primária frente a vários fatores de risco associados ao câncer mamário, sobre os quais se pode ter certo controle;

como também, sobre as medidas de detecção precoce desta morbidade que, para esse grupo de mulheres, se resumem ao auto-exame ou ao exame clínico das mamas.

No campo do conhecimento sobre este caminho há, entre o saber popular das mulheres e o saber científico da literatura pertinente sobre o câncer de mama, uma considerável lacuna, polarizando-os: o **conhecimento popular**, embasado no senso comum sobre essa morbidade; e o **conhecimento científico** derivado de pesquisas, marcado por um enorme avanço, cuja aplicabilidade é pouco acessível às classes menos favorecidas, determinando o seguinte questionamento: a quem ou a quê serve a evolução do saber científico?

Essa constatação reafirma as deficiências do SUS e do PAISM no contexto da saúde da mulher. No que diz respeito ao câncer de mama, as ações desenvolvidas são bastante limitadas e superficiais, visto que as campanhas veiculadas pela mídia, por um lado, não contemplam os fatores de risco associados a essa morbidade, concentrando-se na técnica e benefícios do auto-exame das mamas; por outro lado, costumam deslocar a responsabilidade institucional do Estado para as mulheres, culpando-as, de certa forma, pelos altos índices de morbi-mortalidade que a doença determina, quando diagnosticada tardiamente. Essas campanhas costumam utilizar a imagem pública de mulheres atrizes, com mamas perfeitas, as quais não são representativas, nem condizem com a realidade corporal da maioria das mulheres brasileiras.

Mais uma vez, enfatizamos as evidentes limitações quanto ao acesso e à resolutividade dos serviços de saúde, que não dispõem de um quantitativo de pessoal especializado e de equipamentos suficientes para o diagnóstico mais precoce possível desta morbidade. Assim, apesar de enfatizadas nos programas oficiais, a prevenção e a detecção precoce do câncer mamário não se efetivam adequadamente na prática, limitando as possibilidades de cura e de reabilitação.

De certa forma, a aparente passividade do grupo-pesquisador diante da situação evidencia o descrédito das mulheres face à ineficiência e ineficácia das instituições públicas prestadoras de serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a sua não percepção acerca da necessidade de tomada de decisões para a busca da

atenção à saúde como parte da conquista da cidadania. Toda essa discussão nos levou a refletir sobre a qualidade das ações de promoção da saúde da mulher, que estão a exigir ações ético-humanísticas dos profissionais da área.

3.2.5 Análise, avaliação e discussão das análises, não-análises e experimentações da facilitadora, pelo grupo

Nessa fase do estudo ocorreu a validação coletiva dos resultados do estudo e a discussão sobre a socialização de seus resultados. Nela buscou-se, inicialmente, após o trabalho individual da facilitadora sobre os dados produzidos pelo grupo-pesquisador, revelar para as mulheres o imaginário grupal sobre a mama sadia e o câncer mamário. Para tal, efetuou-se uma leitura da análise dos dados para o grupo-pesquisador, detalhando-se e detendo-se nos pontos mais marcantes, segundo a interpretação que foi feita com a utilização dos reveladores **terra, poço e caminho**.

Objetivou-se tornar claro as implicações, os limites e as nuances que permeiam o imaginário das mulheres participantes do grupo, incluindo-se o da própria facilitadora, sobre a mama sadia e o câncer de mama, bem como desvelar as possibilidades de *empowerment* coletivo no contexto de ações de promoção da saúde.

À medida que ia sendo efetivada a apresentação dos dados, várias mulheres do grupo-pesquisador passaram a identificar suas respostas, confirmando, seja nas discussões coletivas que ocorreram, ou através de gestos de aprovação, a análise e experimentação feita pela facilitadora.

No que concerne à socialização dos resultados do estudo, essa compreendeu uma negociação da facilitadora com o grupo-pesquisador para decidir o conteúdo e a forma do que seria publicado. Em uma pesquisa segundo o método sugerido pela sociopoética, a socialização dos resultados envolve uma questão ética, pois tudo que é produzido é um produto coletivo. GAUTHIER (1999, p.51) enfatiza que essas pesquisas representam "... uma co-construção ou co-produção, ou ainda co-criação de conhecimentos."

O grupo-pesquisador foi informado das modalidades de divulgação a que uma tese pode ser submetida – defesa pública, artigos em periódicos, livro, entre outras. Além disso, reforçou-se o anonimato dos dados, garantindo-se o respeito aos aspectos éticos recomendados em pesquisas envolvendo seres humanos.

3.2.6 Teorização por generalização

A sociopoética possibilita evidenciar que o saber de si dos indivíduos e/ou dos grupos humanos exprime novos *confetos* que, quando comparados com os conceitos científicos existentes ou a serem criados, permitem criar novas teorias (GAUTHIER, 1999).

Em virtude de tais aspectos, essa fase representou um enorme desafio. Entretanto, como “caçadora” de um processo de cuidar mais humano, mais ético e eficaz, particularmente no contexto da promoção da saúde, buscou-se vencer as dificuldades (algumas, é claro!) pessoais (intuitivas, racionais ... e até aquelas relacionadas à destreza mental) para, desse modo, transpor as barreiras da percepção de um cuidar numa visão biologicista e ir ao encontro de um pensamento holístico, em virtude disso mais complexo, norteado pela razão e pela sensibilidade, que só o pensar solidário (com o grupo-pesquisador e para ele) é capaz de proporcionar.

As reflexões feitas a seguir buscam comportar a multiplicidade e a multireferencialidade humana, capazes de contribuir para o cuidado na perspectiva do *empowerment* e, assim, resgatar, de modo racional, (e não racionalista), alguns aspectos que permeiam e determinam a ação de cuidar, visto que são dimensões singulares e importantes nesse processo.

Trata-se de uma tarefa complexa pelo hábito, construído no processo de socialização educacional e cultural, de segregar coisas e seres de seus contextos para vê-los separadamente. Desse hábito resultou o modelo biologicista de cuidar, o modelo cartesiano de pensar e toda a prática racionalista, que não valorizam a subjetividade humana, além de contribuir para a fragmentação do conhecimento e dos indivíduos.

Desse modo, ainda reside em nós a dificuldade de perceber o *complexus* (do verbo latim *complexere*, que significa abraçar) e, também, de compreender a conjuntura de que o cuidado faz parte, embora acreditando, como MORIN (1997, p.16), que "... o conhecimento torna-se cada vez mais pertinente quando é possível encaixá-lo num contexto mais global."

Nesse sentido, faz-se necessário não pensar o cuidado de modo simplificado e nem tecer soluções simplificadoras para as situações concretas, mas percebê-lo como oportunidade para uma visão de mutabilidade e de complementaridade, características da condição inconclusa dos seres humanos.

O cuidado é considerado um arquétipo de comportamento, por existir no inconsciente coletivo desde a mais remota ancestralidade. Do ponto de vista semântico, o termo exprime atenção, solicitude, preocupação, zelo e cura – envolve, pois, pensamento, sentimentos e ações que unem seres e saberes.

Cuidar, para BOFF (1999, p. 32), representa "...uma atitude de ocupação, de preocupação, responsabilidade e enlaçamento afetivo com o outro, envolvendo o material, pessoal, social, ecológico e espiritual."

Na área da saúde, o cuidado associa-se à necessidade de sobrevivência do ser humano, sendo realizado através de ações que buscam manter, promover ou recuperar a saúde. Ocorre no contexto de uma relação mútua entre um *eu-cliente* e um *tu-promotor da saúde*, em que ambos são afetados pelo cuidado. Desse modo, o momento histórico em que se estabelece o cuidado deve ser entendido como uma oportunidade de *transformações*, onde tanto o ser cuidador quanto o ser que é cuidado (o cliente) se encontram para a *pronúncia do mundo*.

O cuidado é permeado pela subjetividade de ambos (cuidador e ser cuidado) e efetiva-se através de um processo comunicativo, verbal ou não-verbal, que é facilitado pela certeza da inconclusão dos seres humanos. Quando se tem como meta o *empowerment*, o diálogo é ferramenta fundamental desse quefazer.

Nessa perspectiva, a visão que se almeja sobre o cuidar na promoção da saúde revela o desejo de superar/transpor as dificuldades do quefazer profissional, haja vista, que em seus alicerces, as ações críticas que visem o *empowerment* dos

clientes se revelam, ainda pontuais. Geralmente, as ações dos promotores de saúde refletem o paradigma biologicista de cuidar, o qual suprime (“rouba”) a palavra do cliente, freiam a expressão de sua subjetividade e criatividade, ou seja, inibem toda a expansão do mesmo como ser histórico-social, tornando-o “admirador” de um mundo mitificado.

Percebe-se que o cuidado é “gestado” (planejado) e efetivado na “cultura do silêncio”, por vezes, numa estrutura opressora que torna os clientes “quase-coisas” e faz com que o cuidado assuma um caráter mecanicista, de justaposição do cliente e do promotor da saúde, e não de união e organização de ambos para a ação.

Considera-se não ser possível eliminar desse processo tudo aquilo que entorna o cuidado e os indivíduos, ou seja, a vida, as coisas, os sentidos, as percepções, a dor, os risos, os gozos e até os silêncios, visto serem dimensões humanas partícipes da singularidade e complexidade que permeiam o cuidar. Por isso, cuidar é síntese.

Conforme se acredita neste estudo, o promotor da saúde deve resgatar e utilizar o momento em que se processa o cuidado como uma ocasião de libertação e não de dominação e, assim, torná-lo verdadeiramente eficaz – aquele que leva o cliente a viver a plenitude de sua práxis. Ou seja, um cuidado que leve o cliente a desenvolver a crítica reflexiva; a organização de um conhecimento capaz de superar a crítica ingênua; e que chegue à razão de sua realidade concreta.

Entende-se que o cuidado na promoção da saúde é tanto mais eficaz quanto permita o despertar das possibilidades criadoras do ser cuidado, sua liberdade individual como sujeito histórico, que o instrumentalize para promover transformações em seu mundo e em si mesmo. Assim realizado, o cuidado é **dialógico** e **libertador**, características que associam a sensibilidade e criatividade permitidas pela sociopoética à criticidade da pedagogia de Paulo Freire.

Considera-se o CUIDADO DIALÓGICO-LIBERTADOR como o *confeto* que foi revelado no grupo-pesquisador deste estudo, podendo ser compreendido como aquele que envolve a sensibilidade, criatividade, dialogicidade e ética como

características essenciais; e que é, de fato, capaz de contribuir para um novo modo de pensar, sentir e agir, na perspectiva de promover o *empowerment* da clientela.

No processo de cuidado, o promotor da saúde (cuidador) e o cliente (ser cuidado) devem se integrar, como atores, para (re)conhecer a realidade a ser transformada. Nessa fusão, o saber do profissional, tido como científico, se refaz no conhecimento empírico dos clientes; as diferenças entre ambos os saberes não são negadas. Na síntese resultante, os dois saberes ganham mais sentido.

Nesse sentido, o cuidado é uma ação histórica que atua como instrumento para a superação das estruturas alienantes ou alienadas que determinam essa realidade. Fazer da realidade concreta o objeto de sua análise e intervenção crítica permite a emergência da criatividade de ambos, pois resgata o ânimo criador como sujeitos do processo.

A síntese permite, por um lado, incorporar nas ações as aspirações dos clientes e, por outro lado, problematizar o significado dessas aspirações, respeitando-se a multireferencialidade da realidade concreta dos clientes. Permite também que se inscrevam, promotor da saúde e cliente, numa ação autêntica para transformar a realidade concreta, numa adesão "sim-pática", para não se efetivar numa relação de autoritarismo que, certamente, reforçaria no cliente a opressão e a alienação. Possibilitar que o cliente conheça o **porquê** e o **como** de sua realidade objetiva, é uma condição *sine qua non* para que se promova o **empowerment pessoal**, estritamente necessário para o **empowerment coletivo**.

O cuidado dialógico-libertador busca, através de uma ação humana autêntica, despertar as possibilidades criadoras e criativas de clientes e promotores da saúde, de modo a favorecer que eles transformem a si mesmos e a seu mundo. É um cuidado sem amarras, sem sectarismo...

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, procurou-se transitar com o grupo-pesquisador através dos lugares geomíticos **terra**, **poço** e **caminho**, reveladores potenciais da compreensão das participantes sobre a mama sadia e sobre o câncer de mama, fatores de risco e medidas de prevenção e detecção precoce dessa patologia. Percorrer **com** o grupo-pesquisador esses lugares permitiu que fossem vislumbrados novos fluxos associados às ações e intenções dos profissionais promotores da saúde, incluindo-se aí a enfermeira.

Quanto às participantes, sua vivência no grupo-pesquisador transcendeu o campo da racionalidade técnica e científica, ao projetar, simultaneamente, seu imaginário na **terra**, no **poço** e no **caminho**. Assim, na revelação tanto da mama sadia quanto do câncer de mama **como uma terra**, emergiram o **poço onde não se quer cair** e o **caminho por onde se deve seguir**, determinando uma **terra-poço** e uma **terra-caminho**, que parecem indissociáveis, com possibilidade de criação ou imaginação de uma grande variedade de outros lugares como, por exemplo, **poço-terra**, **caminho-terra**, **caminho-terra-poço** e **poço-terra-caminho**, entre outros. Nesses lugares geomíticos, freqüentados pelas mulheres e pelos profissionais da área da saúde, verificou-se a existência de filamentos, nós, tecituras, fluxos de **saber** e **poder** polarizados, numa relação desproporcional, clamando por “tecelãs(os)” de novas tramas, novos fios, novos desenhos...

Na **terra da mama sadia e do câncer de mama**, habitada pela mulher “comum”, do mesmo modo que no **poço onde não se quer cair** e no **caminho por onde se deve seguir**, há **falhas geológicas** (ou **geomíticas**) que determinam o distanciamento das mulheres dos serviços de saúde e diminuem

suas oportunidades de *empowerment*. Essas **falhas** podem estar sendo acentuadas pelos promotores da saúde que, de modo geral, não buscam averiguar as reais necessidades da clientela, nem valorizar seu saber popular. Localizados em um dos lados das **falhas**, os profissionais “lançam” seu saber sobre a clientela, sem preocupação com o “estado do terreno”, revelando uma força (poder) desigual.

A **terra**, reveladora da compreensão do grupo-pesquisador sobre a mama sadia e sobre o câncer de mama, mostrou, mesmo com limitações de conhecimento, conteúdos do concreto e do ideal que fazem parte do imaginário coletivo. Mostrou, também, que as mulheres querem **saber** e **poder** para autocuidar-se.

No **poço onde não se quer cair**, a imaginação do grupo-pesquisador “correu solta”. Observou-se nele a presença de crenças populares construídas a partir do senso comum sobre os fatores de risco do câncer de mama, que o associam a uma doença contagiosa, perigosa e incurável. Assim, no **poço** parece residir a grande dúvida das mulheres sobre o câncer de mama. No **caminho por onde se deve seguir** “aparecem” programas (SUS, PAISM) sobrenaturais, que existem no papel, mas não dão respostas concretas às necessidades da vida real.

Na compreensão das mulheres, **terra**, **poço** e **caminho** se fundiram. Embora tenham enfatizado, por causa da temática abordada, aspectos negativos (a doença) desses três lugares, vislumbraram também aspectos positivos (a saúde). Tanto em relação à mama sadia quanto ao câncer de mama, a **terra** envolveu o **caminho do cuidado/descuidado** e o **poço do cuidado/descuidado**.

Observe-se que não há **poço** se não houver **terra** onde possa ser cavado, e nem há **caminho** se não houver **terra** onde possa ser construído. O grupo-pesquisador manifestou medo de cair no **caminho-poço-terra doente, com problema** e desejo de transitar pelo **caminho-poço-terra sadia**, onde se identificam ações de promoção e manutenção da saúde. Esse lugar ideal, entretanto, é ainda um sonho, um desejo; é o **caminho** imaginado para compreender a amplitude da **terra** do câncer de mama e não cair no **poço** que a doença pode significar.

O **caminho-poço-terra sadia** tem sido “prometido” às mulheres pelo SUS e pelo PAISM, mas não está totalmente construído, até então. Cumpre que, juntos, os profissionais da área da saúde e a clientela de mulheres assegurem cotidianamente sua construção, com uma prática de controle da elaboração e implementação das políticas e ações de saúde e de pressão dos movimentos organizados de mulheres para que suas necessidades sejam efetiva e eficazmente atendidas.

Mergulhar nos dados produzidos pelo grupo-pesquisador e ver nele os matizes (certamente, somente alguns!) que permeiam o saber e o fazer do grupo acerca da mama sadia e do câncer de mama, bem como revelar as necessidades concretas das mulheres, leva a que se reflita sobre as possibilidades da pedagogia de Paulo Freire e da sociopoética que, unidas como método de pesquisa e aprendizagem no contexto da promoção da saúde da mulher, potencializam o *empowerment* individual e o coletivo. Como se procurou evidenciar neste estudo, o modelo metodológico que foi utilizado facilitou a identificação das lacunas e falhas (geológicas, ou geomíticas!) no processo de cuidar, cuja adequação, para a melhoria do quefazer profissional da Enfermagem no âmbito assistencial, é uma urgência.

Conforme os resultados que foram obtidos com sua utilização na prática, pode-se afirmar que a pedagogia de Paulo Freire e a sociopoética são, de fato, abordagens ético-humano-solidárias, estimuladoras da subjetividade e da criatividade do tipo artístico, comprovadamente aplicável a trabalhos com grupos, seja de mulheres ou de outra clientela.

Pode-se afirmar que o método de pesquisa/aprendizagem aplicado neste estudo foi sócio-ético, sócio-humano e sócio-prazeroso. Apesar das tensões naturais de quem está se aventurando por um caminho “diferente” do usual, ele permitiu que se trilhasse, durante todas as fases do estudo e, mais especialmente, durante a produção, análise e experimentação dos dados, o caminho da compreensão do concreto/abstrato do grupo-pesquisador de modo relativamente suave, tornando mais ético e humano o processo de cuidar.

A linguagem que a sociopoética estimula foi capaz de revelar aspectos significativos do imaginário grupal sobre o tema pesquisado – câncer de mama – de modo “poético” mas, profissional.

Observou-se que, na compreensão das mulheres que compuseram o grupo-pesquisador sobre o câncer de mama e sobre os fatores de risco que facilitam sua ocorrência, foi comum a presença de crenças ancoradas no saber popular (nem por isso menos válido), construído ao longo da história de vida individual/grupal e determinando a práxis coletiva sobre essa entidade mórbida. No que concerne às medidas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, verificou-se que o grupo-pesquisador encontra-se enleado entre o medo (sempre fragilizador) da doença, induzido por um imaginário construído a partir do senso comum, a ser desmistificado, que leva as mulheres a um afastamento das ações de autocuidado e à diminuição do fluxo de poder das mesmas sobre seus corpos, com respectiva transferência do poder e do fazer para os profissionais da saúde em suas instituições públicas deficitárias.

Verificou-se que a importância dada ao câncer de mama foi inversamente proporcional aos conhecimentos das mulheres do grupo, seja no que diz respeito à compreensão acerca dessa doença, de seus fatores de risco ou das medidas de prevenção e diagnóstico precoce. Tal cenário reflete o descompasso que existe entre o conhecimento que o grupo detém, espera e deseja e o que as instituições ou os profissionais da área da saúde oferecem.

Considera-se ser urgente que se implementem ações em que a eficácia e a efetividade prática não se façam presentes apenas na falação, no discurso. É preciso que essas ações se realizem em um contexto mais concreto e sejam aderentes à realidade individual/coletiva, de modo que facilitem que as mulheres entendam melhor os “mistérios” do processo saúde-doença, os quais, sem sombra de dúvida, estão presentes na **terra em que se habita, no poço onde não se deve cair e no caminho por onde se deve seguir.**

Disso decorre, nunca é demais enfatizar, a necessidade de mudanças (profundas e significativas) no processo de cuidar, para que as mulheres se percebam como sujeitos do processo e associem o conhecimento sobre a mama sadia e sobre o câncer de mama a práticas eficazes de promoção da saúde.

Na busca de contribuir para o *empowerment* das mulheres como agentes do autocuidado, foram efetivadas discussões grupais no decorrer da pesquisa, as quais facilitaram que as mulheres relatassem aspectos de suas experiências cotidianas a que, algumas vezes, se contrapunha o conhecimento da facilitadora. Trabalhar as diferenças (importantíssimo!) proporcionou às mulheres e à facilitadora possibilidades de construção de novos conhecimentos e, espera-se, de novas práticas.

Nesses debates, ocorria, ao mesmo tempo, a explicitação do pensamento de cada mulher componente do grupo-pesquisador e a coletivização das experiências individuais, ou seja, a construção do que representava o imaginário coletivo. Na inter-relação do “saber informal” das mulheres com o “saber formal” da facilitadora foram encontrados os meios para a reflexão propiciadora de mudanças de comportamento, quando necessário.

Os lugares geomíticos selecionados – **terra, poço e caminho** – facilitaram a revelação das vivências e saberes das mulheres, favoreceram o debate grupal e funcionaram como propulsores da construção da poeticidade e *empowerment* do grupo. As discussões permitiram que os problemas e as dificuldades de cada mulher fossem socializados, vivenciados e partilhados coletivamente. A esse respeito, FREIRE (1980) enfatiza que as pessoas do grupo podem vir a descobrir que suas opressões são comuns e que, por meio da tomada de consciência, é possível superar as dificuldades quando tratadas de modo coletivo. Pensamento semelhante apresenta Frei Betto (FREIRE & FREI BETTO, 1988, p.77), para quem “o aprendizado comum, que liga teoria e práxis, só se dá a partir da realidade coletivamente refletida.”

É oportuno destacar que, como facilitadora do grupo-pesquisador, mediatizada pelo diálogo horizontal e respeitando os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, buscou-se resgatar a reflexão do grupo-pesquisador frente aos aspectos relevantes de seu imaginário. Além disso, oportunizou-se a cada mulher o direito à fala, com possibilidade de concordar ou discordar das análises e experimentações dos dados feitas pela facilitadora, reforçando-se a importância da validação dessas análises por elas para que os resultados do estudo refletissem, na realidade, o pensamento coletivo.

Participando da atividade, as mulheres do grupo-pesquisador puderam rever criticamente a realidade concreta, individual e coletiva, motivando-se para assumir ativamente o papel de agentes do autocuidado.

Pode-se afirmar que os objetivos do estudo foram alcançados. Ao desenvolver, no contexto de ações de promoção da saúde, um modelo metodológico de pesquisar/cuidar fundamentado na sociopoética e na pedagogia de Paulo Freire, um novo *confeto* se revelou, o **cuidado dialógico-libertador**, caracterizado pela horizontalidade e por ser orientado e centrado no cliente, assim como por estar permeado pelo respeito à diversidade cultural e valorização da autonomia dos clientes/educandos. Promover o desenvolvimento desse *confeto* e sua incorporação à prática profissional representará a continuidade do que foi vivido-sentido neste estudo...

5 ANEXOS

ANEXO I**CONVITE PARA FORMAÇÃO DO GRUPO-PESQUISADOR SAÚDE DA
MULHER**

Prezada Senhora,

Estamos realizando um estudo na área da promoção da saúde da mulher, a ser desenvolvido nesta Comunidade, o qual objetiva incrementar o poder das mesmas no contexto das ações para o autocuidado em saúde, resgatando-as como cidadãs neste processo.

Deste modo, convidamos você para participar de nosso primeiro encontro, o qual realizar-se-á no dia 16 / agosto / 2000, às 14:00 horas, nesta sala de reunião.

Sua participação é voluntária, mas sua colaboração será imprescindível para a realização deste estudo. Informamos que os dados produzidos pelo futuro grupo-pesquisador, como informações, sugestões, opiniões, serão tratadas cuidadosamente e que as pessoas que participarem do grupo terão o anonimato garantido. Neste sentido, aguardamos seu comparecimento.

João Pessoa, _____ / _____ / 2000

Wilma Dias de Fontes

Facilitadora do Grupo

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, _____, aceito participar como integrante deste grupo-pesquisador, cujos encontros dar-se-ão nesta sala de reunião, em dias e horas a ser marcadas antecipadamente. Estou ciente da possibilidade dos registros ser gravados, mas que as informações serão mantidas em anonimato.

João Pessoa, ____/____/2000.

Assinatura

ANEXO III

TÉCNICA OBJETO MICROFONE

Esta técnica é utilizada para facilitar a comunicação do grupo. Além de quebrar alguns resistências iniciais e funciona como relaxamento para o grupo. Assim, na busca de oportunizar que cada pessoa do grupo possa se expressar, sem que a facilitadora seja autoritária e indique quem irá se apresentar, ela faz uso de quaisquer objetos (lápiz, um canudo de papel, indicador), geralmente de cor bem forte e, como se ele fosse um microfone, a facilitadora inicialmente faz a sua apresentação pessoal. Depois passa de modo aleatório tal objeto para outra pessoa do grupo para que ela efetive também sua apresentação pessoal, até que todo o grupo possa se apresentar.

Geralmente as pessoas do grupo passam o objeto para aquelas mais tímidas ou para "obrigar" alguém a falar. Isto, de certo modo, provoca descontrações e risos.

ANEXO IV

TÉCNICA DE APRESENTAÇÃO

É uma técnica de aquecimento ou manejo da resistência inicial. Nesta, "o exercício é feito em par ou tríade em que cada um apresentará aspectos importantes de sua história. O facilitador pode ou não orientar as variáveis que desejar que o grupo trabalhe, ou então, deixar a critério dos participantes. No retorno ao grupo, os participantes apresentam os seus companheiros." (Castilho, 1998, p. 188).

Para aplicá-la, preparamos 20 fichas na cor lilás e 20 fichas na cor branca, ambas com numeração de 1 a 20. Em seguida, procedeu-se um sorteio junto ao grupo de mulheres. Formaram-se os pares das mulheres que estavam com o mesmo número indicado nas fichas lilás e branca. Foi distribuído às mulheres uma folha de papel que continha os seguintes dados, necessários para a caracterização do grupo-pesquisador:

Nome:	Idade:
Escolaridade:	Atividade/ocupação:
Estado civil:	Naturalidade:
Renda familiar:	Número de filhos:
Nome de uma de flor que parece com você / auto-caracterização:	

Em seguida, foi realizada a apresentação coletiva das participantes, durante a qual cada mulher apresentou sua companheira.

ANEXO V

CARTÃO DE AGENDAMENTO PARA AS REUNIÕES DO GRUPO-
PESQUISADOR

GRUPO PESQUISADOR SAÚDE DA MULHER

NOSSA PRÓXIMA REUNIÃO

____ / ____ / ____

Wilma Dias de Fontes
Facilitadora do grupo-pesquisador

ANEXO VI

TÉCNICA DE RELAXAMENTO E CONCENTRAÇÃO EM PÉ

Nesta técnica, segundo Castilho (1998), as pessoas devem ficar em pé, com os pés um pouco afastados, como se fizessem uma base. Os braços devem estar relaxados ao longo do corpo. Inicia-se esta, solicitando que as pessoas envolvidas deixem as cabeças "caírem pesadamente para a frente", como se não tivessem controle sobre elas. Depois, lentamente vão-se levantando e levando-as para trás, deixando que o peso da cabeça descansa sobre o pescoço. Com um lentíssimo movimento rotativo, elas devem ir girando a cabeça pesadamente para a direita, em direção ao ombro direito, descendo pelo peito, virando-se para o ombro esquerdo até chegar à posição inicial. Esse movimento deverá ser feito várias vezes, quatro a cinco no mínimo. Agora o movimento é feito no sentido contrário, o que ocasiona quase sempre uma sensação de bem-estar e alívio. Os movimentos agora serão feitos com as mãos e dedos; serão movimentos lentos quase imperceptível com a direita, depois com a esquerda, concentrando-se nesses movimentos. Concentre-se no braço direito e sinta o seu peso; depois no esquerdo, sentindo o peso e a extensão. Volta-se a cabeça e solicita-se que vá soltando a cabeça para frente, deixando-a bater no tórax, ao mesmo tempo, que vai soltando toda a musculatura. Assim, a figura que temos é como a de um avestruz querendo enfiar a cabeça para baixo. Os braços devem estar caindo ao longo do corpo no seu peso natural. O indivíduo deverá manter-se nessa posição por algum tempo, mas deve evitar o desconforto, a tensão. Agora, o movimento é inverso, e a cabeça deverá lentamente ir sendo jogada para trás, os braços devem fazer um movimento de subida, indo para cima da cabeça em sentido reto, como se estivesse se espreguiçando. Neste sentido a coluna enverga-se um pouco para trás e se tem um movimento de arco.

ANEXO VII

EU, MEU MUNDO E OS LUGARES ONDE TRANSITO

O grupo de participante forma um círculo. O facilitador informa ao grupo que iremos vivenciar alguns lugares e que para tal, temos que CAMINHAR para encontrá-los e, quando encontrá-los, IREMOS PÁRAR. Daí o grupo de olhos fechados irá contemplar tais lugares (selecionados pela facilitadora) segundo as características que ela relatará.

Inicialmente o grupo ficará de pé. Coloca-se um fundo musical (suave). A facilitadora iniciará a técnica relatando que: Iremos a um determinado local do qual espero sair com uma compreensão mais ampla (da saúde da mulher). Para chegar nele, vejo um CAMINHO e nele devo seguir (o grupo deve circular e chegar no mesmo local por duas vezes). Daí a facilitadora convidará o grupo para PÁRAR e o contempla este local.

Em seguida a facilitadora fará referência a uma MONTANHA onde devemos subir. O grupo fará gestos como se estivesse subindo para alcançar o seu topo. Ao chegar a facilitadora convidará as pessoas do grupo para PARAR e efetivar uma sessão de relaxamento (o grupo deverá respirar profundamente por várias vezes; elevar, acima da cabeça, o braço direito e depois o esquerdo como se estivesse tentando alcançar algo).

Continuando, o grupo agora será convidado para descer a montanha. E para tal, todo o grupo novamente caminhará (efetivará duas voltas) e em seguida deverá PARAR.

A facilitadora fará referência agora a um RIO, no qual, em suas águas claras e mansas, cada mulher contemplará sua imagem refletida. E novamente, enquanto o grupo fará a autocontemplação, a facilitadora destacará: vejo minhas mãos e com ela bato palmas quando estou feliz; com elas posso tocar-me; abraçar-me e reconhecer meu rosto e meu corpo. Vejo minhas pernas e pés com os quais ando, saltito, os alongo e os flexiono.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. L. de. **Saúde e cidadania**: a experiência de Icapuí-Ce. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 121p.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 199p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. p. 133.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução Nº 196/96**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Módulos das Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança**. Brasília, DF, Centro de Documentação. 1994. 73 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5, p. 163-177, dez. 2000.

CABRAL, I. E. O Método criativo e sensível: alternativa de pesquisa em enfermagem. In.: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 8. p. 177 - 203.

CAMURÇA, S. O Empoderamento das mulheres – pontos para a reflexão no jogo do empoderamento. In.: PORTELA, A. P.; GOUVEIA, T. **Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero**. 2. ed. Recife: SOS Corpo Gênero e Cidadania, 1999. Texto n. 11, p. 211 - 212.

CASTILHO, Á. **A dinâmica do trabalho de grupo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998. p. 175 -176, 188.

CAVALCANTE, E. de P.; GARCIA, T. R. Uso popular de plantas medicinais no ciclo gestacional. **Caderno de Enfermagem Ciência e Cultura**, João Pessoa, v. 1, n. 8, p. 1 - 22, jul./dez. 1992.

CHINN, P. L. Caring: theory & practice. In.: GARCIA, T. R. ; PAGLIUCA, L. M. F. (orgs.) **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de Trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. Cap. 1. p.15 – 29.

COELHO, E. de A. C. **Política de planejamento familiar em João Pessoa – Pb.:** análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. 1996. 242f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ELLIS-STOLL, C. C. ; POPKESS-VAWTER, S. A concept analysis on the process of empowerment. **Adv. Nurs. Sci.**, Maryland, v. 21, n. 2, p. 62-68, dez., 1998.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In.: TEIXEIRA, S. F. (org.) **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 181 - 192.

FONTES, W. D. de. **Déficit de autocuidado no câncer da mama**: proposta educativa de enfermagem. 1997. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 150 p.

- _____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998. 245 p.
- _____. **A educação na cidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. 144 p.
- _____. **Pedagogia do oprimido**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997a. 184p.
- _____. **Política e educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997b. 119 p.
- _____. **Extensão ou comunicação?**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 93 p.
- _____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. São Paulo: Moraes, 1980. 102 p.
- FREIRE, P.; FREI BETTO. **Essa escola chamada vida**: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho. 6. ed. São Paulo: Ática, 1988. 95 p.
- FREIRE, P. ; SHOR, I. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 224 p.
- FREIRE, P. ; NOGUEIRA, A. **Que fazer**: teoria e prática em educação popular. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993. 68 p.
- FREIRE, A. M. A. A voz da esposa: a trajetória de Paulo Freire. In.: GADOTTI, M. **Paulo Freire**: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez. 1996. Part 1. Cap. 1. p. 27-67.
- FREUDENBERG, N. et al. Strengthening individual and community to prevent disease and promote health: search of relevant theories and principles. **Health Education Quarterly**, v. 22. n. 3. p. 290 – 306, aug. 1995.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à altura do sonho. In.: _____. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez. 1996. Part. 1. Cap. 2. p. 69 - 115.

GAUTHIER, J. **Sociopoética** : encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação. Rio de Janeiro: Escola Ana Nery, 1999. 96 p.

GAUTHIER, J. et al. A sociopoética: uma filosofia diferente e prazerosa. In.: _____. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 7. p. 122-176.

GAUTHIER, J. ; SANTOS, I. **A sócio-poética: fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa e vivência**. Rio de Janeiro: EURJ, 1996. 83 p.

GIBSON, C. H. A concept analysis of empowerment. **Journal of Advance Nursing**, Canadá, n.16, p.354 – 361, 1991.

INCA. A epidemiologia do câncer. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <[http://www.inca.org.Br/epidemiologia do câncer. Html](http://www.inca.org.Br/epidemiologia%20do%20cancer.html)>. Acesso em: 20 set.2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico** – PB: resultado do universo relativo as características da população e dos municípios. Rio de Janeiro, 2000. v.13. p.20-1.

_____. **Censo Demográfico** – PB: resultado do universo relativo as características da população e dos municípios. Rio de Janeiro, 1996.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: uma perspectiva mundial. In.: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, D.C.: OPS, 1996. primeira sección, p.15-24.

LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. In.: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, D.C.: OPS, 1996. primeira sección, p.3-5.

LENHARD, K. L. **A corrida pela paz: tecnologia x sistema social**. São Paulo: Nobel, 1986. 127p.

LEVIN, L. S. ; ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy: a perspective for the 21st Century. In.: Sidell, M. et al. **Debates and dilemmas in promoting health**. London: Macmillan Press, 1997. Cap. 38. p. 363 - 369.

LUNA, Marcelina G. de. **Hegemonia e contra-hegemonia no desenvolvimento da Favela Maria de Nazaré**. 148f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 1999.

MILLS, D. Q. **Empowerment um imperativo: 6 passos para se estabelecer uma organização de alto desempenho**. Rio de Janeiro: Campus, 1996. 152p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Mira-Sintra: Europam, 1982, 255p.

_____. O método: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 1999. 287p.

_____. Complexidade e ética da solidariedade. In.: CASTRO, G. d.; CARVALHO, E. de A.; ALMEIDA, M. da C. de. (orgs.). **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Salina, 1997. p.15-24.

MOSER, C. Os diferentes enfoques em políticas para mulheres de baixa renda. In.: PORTELA, A. P. ; GOUVEIA, T. **Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero**. 2. ed. 1999. Recife: SOS Corpo Gênero e Cidadania. Texto n. 12, p. 213 - 221.

NAIDOO, J. ; WILLS, J. **Health promotion: foundations for practice**. London: Baillière Tindall in Association with the Royal College of Nursing, 1998. 304 p.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 p. 25 - 32, 1998. Suplemento 1.

SASTRE, G.; FERNANDEZ, T. Como aprender a partir da igualdade de oportunidades. In.: BUSQUETS, M. D. et al. **Temas transversais em educação – bases para uma formação integral**. 4. ed. São Paulo: Ática, 1998. 198p. (Série fundamentos 138).

SILVA, R. M. da.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza:UFC, Departamento de Enfermagem, 1998. 155p.

SOBRAL, V. et al. Arte, sensibilidade, solidariedade, sexualidade e liberdade: um novo paradigma para a enfermagem. In.: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. **Resumo ...** São Paulo, 1996.

TAVARES, C. M. M. Pesquisa sensível em sala de aula. In.: GAUTHIER, J. H. M., et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 9. p. 204 - 208.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud. In.: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, D.C.: OPS, 1996. primeira sección, p.37-46.

TONES, K. Effectiveness in health promotion: indicators and evidence of success. In.: SCOTT, D. ; WESTON, R. **Evaluating health promotion**. 5. ed., London: Stanley Thornes (publishers), 1997. Cap. 4, p. 49 - 74.

VIEIRA, Neiva F. C. **Issues in the implementation of a school-based HIV/AIDS education project in Fortaleza, Brazil**. 1998. 261 f. Tese (PhD in the Health Education) - Faculty of Social Science School of Education. Bristol University.

WEARE, K. The contribution of education to health promotion, In.: BUNTON, R.; MACDOLNARD, G. **Health promotion: disciplines and diversity**. 2. ed. LONDON: Falcon Typographic Art., 1993. Part. 1. Cap. 4. p. 66 - 85.

WEFFORT, F. C. Educação e Política: reflexões sociológicas sobre uma pedagogia da liberdade. IN.: FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 150 p. 126 p.

WOESSNER, M. Medientechnologien und wirtschaftliche entwicklung. Ein ordnungsrahmen für die wissensgesellschaft. **Internacionale Politik**, n. 8, p. 1-6, ago. 1998.

YAMIN, A. E. Transformative combinations: women's health and human rights. **J. Am. Med.**, v. 52, n. 4, p.169-173, 1997.