APRESENTAÇÃO

Este trabalho está estreitamente relacionado com os meus questionamentos resultantes do meu fazer educativo como médica de Família e Comunidade (MFC).

Trabalho no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) desde 1986, quando cursei o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária (MGC)[1] por dois anos, até 1988. Nos três anos seguintes, trabalhei na grande Porto Alegre, para finalmente, em 1991, ter sido contratada definitivamente para trabalhar nesse serviço.

O SSC começou suas atividades em 1980, com uma Unidade de Saúde e, atualmente, conta com doze equipes, distribuídas em bairros da Zona Norte e Leste de Porto Alegre-RS. Trabalham no SSC 230 profissionais das mais diversas categorias profissionais (assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras, médicos gerais comunitários, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e administrativos), conferindo-lhe um caráter interdisciplinar. Atualmente, o SSC tem sob a sua responsabilidade cerca de 100.000 pessoas (IBGE, 1996) o que perfaz em torno de 9% da população de Porto Alegre (Giacomazzi,1999) .

O meu dia-a-dia na Unidade Divina Providência, uma das doze Unidades de Saúde que compõem o SSC, situada no bairro Vila Jardim (bairro pobre da cidade), se desenvolve em várias áreas de atuação: no atendimento ambulatorial para toda a família, atendemos os problemas mais comuns que afetam esta

população, conseguindo um índice de resolutividade de cerca de 90% dos problemas[2]; atividades educativas nos mais diversos espaços de atuação, como por exemplo, na consulta individual, em grupos, nas visitas domiciliares, na assistência a pessoas doentes em casa (assistência domiciliar); na discussão do planejamento através de escolhas de prioridades em conjunto com a população; no controle de coberturas e a qualidade na saúde dos adultos, mulheres e crianças. Em outras palavras, a proposta de atuação do SSC está centrada no modelo da Vigilância à Saúde, segundo a qual, *"a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a atenção curativa a nível ambulatorial e domiciliar seriam os pilares de atuação "* (Giacomazzi,1999).

Podemos resumir, então, que o SSC tem três objetivos principais: a formação de pessoal para o setor de saúde (residência médica, estágios curriculares em convênio com diversas faculdades nas áreas de formação médica, psicologia, serviço social e de enfermagem); a atenção à saúde, vendo o indivíduo dentro de um todo subjetivo, cultural, social e econômico; a assessoria a outros municípios e instituições, de acordo com o paradigma da Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde; e finalmente, a criação de novas tecnologias relacionadas à pratica na área.

Nesse contexto, desde 1994, venho me ocupando, em conjunto com outros profissionais e a população moradora do bairro, com a relação entre o material educativo impresso existente e as práticas educativas realizadas pelos

---

[1] Atualmente, denominada de Medicina de Família e Comunidade por resolução do Conselho Federal de Medicina.

[2] Cabe observar que, em decorrência deste estudo, desde maio de 2000, estou afastada do atendimento ambulatorial.

profissionais de saúde do SSC, entre os quais me incluo. Essa relação contraditória porque, por um lado, o material (ou sua esmagadora maioria) está fundamentado em um modelo positivista e, por isso, normativo e comportamental de educação em saúde. Por outro lado, encontramos uma prática educativa em saúde em processo de mudança para um referencial crítico, dialógico e participativo. Porém, as práticas de saúde que seguem este referencial não têm, ainda, um material educativo com um referencial teórico-metodológico problematizador.

Assim, procurei o curso de Mestrado de Educação com o objetivo de desenvolver uma metodologia de construção participativa de material educativo, ancorado nos princípios educativos propostos por Paulo Freire: partir do cotidiano da população, problematizar este cotidiano e voltar a ele com outro olhar e construindo outras práticas.

Fui aprovada na seleção do Mestrado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, processo que realizei de agosto de 1994 - mesmo período em que engravidei de meu primeiro filho, Carlos- hoje com oito anos, até dezembro de 1997. Em abril de 1998 defendi a minha dissertação, intitulada *"Saber científico e Saber popular em saúde: a construção do conhecimento na elaboração de cartilhas de educação em saúde com participação popular"*, em que me propus discutir os saberes em saúde oriundos do cotidiano da população e o chamado saber científico dos profissionais de saúde. Meu objetivo fundamental era elaborar cartilhas de educação em saúde em que esses saberes e práticas se traduzissem e se complementassem.

Tal processo contou com a participação de algumas mulheres da Vila Jardim, bairro da Zona Norte de Porto Alegre- RS e foi realizado através de grupos educativos que discutiam sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Esse trabalho educativo deu a origem a um roteiro sobre o DIU (Dispositivo Intra-uterino), em que procuramos, a população e esta profissional, compreender e explicar o problema discutido e trabalhado.

A banca da minha defesa, então, sugeriu a minha passagem direta para o nível de Doutorado com o objetivo de avaliar o material educativo elaborado e também aperfeiçoar e consolidar uma metodologia de produção de material educativo com participação popular.

Assim, em setembro de 1998, dei início ao processo de doutorado, que se estendeu até dezembro de 2003. Nesse período, além de desenvolver todo o trabalho descrito neste texto, nasceu meu segundo filho, Chiquinho, hoje com cinco anos. [3]

Devo destacar ainda que, em dezembro de 1999, enviei projeto de pesquisa para a Coordenação Nacional de ISTs/HIV/AIDS – Ministério da Saúde, para elaborar cartilhas de educação em saúde com a participação da população. O projeto seria uma continuação e um aprofundamento do meu trabalho de mestrado, mas o tema gerador não seria mais a SSR, mas sim a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)[4] e AIDS em mulheres com parceiro fixo e de baixa renda.

---

[3] Coloco isso porque foi uma brincadeira recorrente entre amigos e colegas quando viam os meus filhos: ah, Carlos é o mestrado, e Chiquinho, o doutorado.

[4] Atualmente, está se substituindo o termo DST por IST, que significa Infecções Sexualmente Transmissíveis, já que, muitas vezes, as doenças, caracterizadas por sinais e sintomas, se

Esse projeto foi aprovado e conseguiu uma verba substancial para a sua realização. Por isso, o estudo teria uma amplitude maior em termos de número de profissionais e população participante, já que a pesquisa se desenvolveria em vários bairros onde o SSC atua.

Durante quase dois anos (de maio de 2000 a março de 2002), em conjunto com 16 profissionais e em torno de 40 mulheres de quatro bairros, onde o SSC atua foram construídos três cartilhas e um cartaz. Esse processo de construção material, extremamente enriquecedor para mim, fez com que me decidisse a realizar um processo de avaliação, não somente do material educativo, mas sim de todo o processo de construção e de aplicabilidade e vivência do mesmo.

Assim, de novembro de 2002 a agosto de 2003, se desenvolveu o processo de avaliação da construção e de aplicação do material educativo, elaborado em conjunto com a população para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda e parceiro fixo. Essa parte do estudo foi realizada com um novo grupo de trabalho, composto por profissionais e moradoras dos diferentes bairros onde o SSC atua. A avaliação da construção e aplicação do material elaborado foi realizada na Unidade N.S^{ra}. Aparecida, do bairro Sarandi; Unidade Jardim Itú, de bairro homônimo; Unidade Jardim Leopoldina; e Unidade Divina Providencia que está inserida dentro de uma área da Vila Jardim.

Isso colocado, devo dizer que tive alguma dificuldade em definir a estrutura deste trabalho, devido à quantidade de material resultante. Após, algumas indagações resolvi estruturá-lo do seguinte modo:

---

manifestam em um período anterior como infecções que não necessariamente apresentam sintomas ou sinais.

No capítulo 1, desenvolvo aquilo que poderíamos definir como "*o que eu quero fazer*".

Inicialmente, faço uma reflexão da minha dissertação de mestrado, já que é parte fundamental do meu estudo no doutorado, destacando algumas categorias que também utilizei no processo de doutorado. A seguir, faço uma discussão do conceito de avaliação do processo educativo, na construção do material, na sua aplicação e vivência. Posteriormente, apresento a formulação do problema em estudo, os objetivos e a tese deste estudo.

No capítulo 2, desenvolvo o "*como fazer*".

Inicialmente, defino o tipo de estudo que fiz. Depois, faço uma reflexão sobre a natureza deste estudo, baseado na metodologia dialética e hermenêutica. Destaco as categorias mais importantes deste referencial e aquelas que serão utilizados neste trabalho. Defino, a seguir, a população e a amostra e, depois, faço um relato sobre o modo como foi feita a descrição, a interpretação, explicação e compreensão das informações.

O **capítulo 3** é o mais longo e trata do "que eu fiz".

Nesta etapa, inicialmente, falo do tema gerador da construção e avaliação da aplicação e vivência do material educativo: a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda com parceiro fixo. Faço, ainda, uma crítica do material educativo existente sobre AIDS. A seguir, faço um extenso relato descritivo do processo de construção participativa de material educativo para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda com parceiro fixo. Para finalizar, faço a avaliação da construção, da aplicação e vivência de três cartilhas nos espaços educativos do SSC/GHC.

O processo de avaliação de cada material foi inserido no seu contexto. Por exemplo, quando faço a descrição da avaliação do material “Conversa Franca”, apresento o contexto onde foi feita a construção e avaliação do processo .

Observo aqui que decidi descrever a avaliação de cada material em separado, destacando os aspectos mais importantes desse processo, ao mesmo tempo em que vou discutindo as semelhanças e diferenças dos grupos e materiais quanto ao tópico aprofundado no capítulo. Então, cada tema destacado nos grupos será aprofundado no capítulo correspondente à avaliação deste ou aquele material. O tema comum será discutido em todos os capítulos. Por exemplo: na Unidade Divina Providência, o tema *corpo e suas representações culturais* será discutido e abordado com profundidade, neste capítulo, e faremos uma articulação em relação a como ele foi discutido nos demais espaços educativos em que ocorreu a avaliação.

Da mesma forma, e assim sucessivamente, no Jardim Leopoldina, o tema predominantemente discutido foi a relação de *fidelidade/infidelidade* construída no cotidiano das mulheres. Este problema também foi muito abordado em todos os outros grupos, mas foi nesse bairro que as mulheres o discutiram de maneira mais complexa e intensa. Então, a partir das falas das mulheres do grupo, irei construindo o problema, vendo as diferenças e semelhanças nos diferentes espaços educativos.

Já no grupo da N.S^{ra} Aparecida, abordei os problemas teórico-metodológicos na aplicação do material, pois lá, a aplicação apresentou o maior

número de problemas nesse sentido. Neste capítulo, então, farei as relações sobre este tema que se apresentou em todos os outros grupos.

Optei por essa forma de apresentação do texto a fim de não dissociar as discussões do contexto. Ou seja, pretendo, a partir do material coletado, ir construindo o contexto e, ao mesmo tempo, relacionar este contexto com as observações, falas e conversas que aconteceram durante o período de avaliação do material.

Finalmente, em **conclusões e sugestões,** retomo as reflexões resultantes deste trabalho. Gostaria ainda de acrescentar que, durante a realização do trabalho que originou a elaboração desta tese de doutorado, houveram algumas dificuldades. A primeira delas se refere ao próprio estudo em si. Por se tratar de um estudo amplo e prolongado, houve momentos em que “me perdi”, já que a intensidade dos processos vivenciados, dificultava o olhar de estranhamento necessário para escolher este ou aquele rumo. Várias dúvidas surgiram no decorrer do trabalho, até que, finalmente, optei pelo problema levantado neste estudo. Ele foi fruto de meses de reflexões e tentativas, já que a realização do material tinha absorvido meu corpo, minha alma e minha mente por dois anos. O corte reflexivo foi feito na banca de qualificação, onde foi sugerido parcialmente, este problema de pesquisa, que levou ainda meses para ser delineado, até tomar seu formato atual, que sem dúvida está relacionado à experiência prática que eu e outros profissionais tivemos com o material.

Durante a escrita, os famosos “brancos” ou “bloqueios” se fizeram presentes, várias vezes, o que me angustiava de sobremaneira, pois o tempo corria. Assim, decidi tirar 15 dias de férias na praia, junto com a família e a “mala”

da tese, que nem sequer foi olhada, mesmo tendo tomado todas as providências para trabalhar naquele período.

Já, nos últimos meses de redação, este estudo exigia cada vez mais horas no computador, o que não era muito bem compreendido pelos que estavam à minha volta, principalmente nas últimas semanas, em que a minha vida se resumia a ir do computador para a cama, da cama para o computador. Nos últimos dias, a emoção tomou conta de mim: por um lado, alegre porque o “final” se aproximava; por outro, chorosa, porque percebia que faltava “mais um pouquinho”.

Enfim, está aqui o estudo. Sem dúvida, sua natureza é coletiva: cada uma das moradoras dos bairros onde se desenvolveu este trabalho, bem como os profissionais que participaram dele contribuíram com as suas alegrias, tristezas, esperanças, reflexões, argumentos, desentendimentos, emoções, solidariedade, enfim, todos os elementos que fazem parte de uma educação que pretende ser participativa e dialógica.

1. DELIMITANDO O PROBLEMA EM ESTUDO

Onde começo, onde acabo,
se o que está fora está dentro
como num círculo cuja
periferia é o centro?

(Ferreira Gullar)

1.1 O que eu estudei

Resolvi, da forma como indiquei na apresentação, continuar aprofundando o mesmo processo teórico-metodológico de natureza educativa que desenvolvi em nível de mestrado, mas agora com muito mais tempo e com muito mais recursos econômicos. Por outro lado, eu havia descoberto, junto com outros profissionais, a necessidade de aperfeiçoar o processo educativo de construção de cartilhas que se fundamentam na problematização do cotidiano e, portanto, em uma linguagem oriunda dos conhecimentos das mulheres dos bairros populares e dos profissionais de saúde que trabalham e fazem parte do SSC/GHC – Porto Alegre.

O estudo realizado se distingue da minha dissertação de mestrado fundamentalmente porque agora meu principal interesse está em uma preocupação que atualmente ocupa o campo da saúde: a prevenção das ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda e com parceiro fixo.

Além disso, construímos, não uma cartilha (como foi no mestrado), mas três cartilhas e um cartaz, e avaliei esse material elaborado com o apoio de uma nova equipe de profissionais de saúde e de mulheres dos bairros onde foi realizado o estudo.

1.2 Antecedentes do problema em estudo – reflexões sobre a minha experiência na dissertação de mestrado

Na minha dissertação de mestrado, intitulada “Saber científico e saber popular em saúde: a construção do conhecimento na elaboração de cartilhas de educação em saúde com participação popular”[5], me propus a discutir os saberes em saúde oriundos do cotidiano da população e o chamado saber científico dos profissionais de saúde com o objetivo fundamental de elaborar cartilhas de educação em saúde, em que esses saberes e práticas se traduzissem e se complementassem.

O processo contou com a participação de algumas mulheres da Vila Jardim (bairro da Zona Norte de Porto Alegre/RS), e foi realizado através de grupos educativos que discutiam sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Tal trabalho educativo deu a origem a um roteiro sobre o DIU (Dispositivo intra-uterino), em que nós (a população e eu), buscamos compreender e explicar o problema discutido.

O estudo em questão foi uma pesquisa qualitativa, de natureza participante, que se caracterizou pela sua intenção de desalienar o cotidiano, bem como por sua proposta educativa.

[5] Dissertação de Mestrado defendida em 01/04/1998, no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Iniciei minha dissertação de mestrado descrevendo alguns aspectos do cotidiano de uma amostra intencional de mulheres que moravam na Vila Jardim. O problema que norteou as conversas com estas mulheres foi SSR

Assim, na primeira parte da dissertação, tento desvendar o singular (entendido como cotidiano, o dia-a-dia, o senso comum, o primeiro olhar, o empírico, o imediato, a casualidade), de que essas mulheres fazem parte. Ao mesmo tempo, tento ver como as cartilhas educativas sobre métodos anticonceptivos utilizadas na Unidade de Saúde abordam o problema da SSR. Quais são as características fundamentais desse material educativo? Qual o referencial teórico-metodológico em que elas se apóiam ?

No segundo momento, fiz uma reflexão crítica sobre as cartilhas educativas que existem, ao mesmo tempo em que o assunto SSR ia sendo problematizado. Em relação a tal problema, vários elementos entraram em discussão, como os diferentes papéis sexuais, as dificuldades e dúvidas em relação à escolha de um método anticonceptivo, a educação das crianças, aspectos culturais que estão associados a esses elementos, para, através de aproximações sucessivas, irmos construindo um processo de conhecimento que incluísse criticamente o saber técnico e o saber da população.

Em relação ao material educativo utilizado na Unidade de Saúde, concluímos (pesquisadora e população) “que as cartilhas de educação em saúde disponíveis analisadas, não partem da realidade dos usuários, são fragmentadas, já que não permitem ver a totalidade do problema abordado. Elas não oferecem possibilidade de diálogo, mas também não informam. Reproduzem simplesmente o saber científico considerando-o como sendo o único verdadeiro. Evidenciam

uma clara tendência pedagógica tradicional, positivista e instrumental.” (Diercks, 1998) Diante dessa constatação, considerei que deveria questionar os aspectos teórico-metodológicos educativos que serviam de referência para os diferentes materiais que abordavam o problema da SSR.

1.2.1 As tendências educativas no material disponível na Unidade de Saúde.

Na minha dissertação de mestrado, fiz essa discussão (Diercks, 1998:49-52) a partir da análise proposta por Valla (1993) e Vasconcellos (1991). Os autores classificam e avaliam as tendências pedagógicas como:

1) Tradicional, que seria uma educação em saúde que se coloca como neutra, a-histórica e que não promove a consciência crítica em relação aos problemas de saúde. Esse tipo de orientação educativa busca fazer com que as pessoas mudem hábitos e comportamentos considerados nocivos. A educação tradicional, assim, responsabiliza o indivíduo pelas suas más condições de saúde, opacificando a real determinação do processo saúde/doença, e isentando a organização social do seu papel determinante no processo. A tendência tradicional, embora se dizendo neutra, na prática acaba favorecendo a introjeção pela sociedade como um todo dos valores da visão de mundo dos grupos dominantes. Essa visão traz no seu bojo uma dimensão positivista da educação em saúde e engloba duas vertentes. Uma

é chamada abordagem Educativa e a outra, Preventiva (Valla,1993:17). A primeira, visa a mudança do comportamento individual, e a segunda tem um enfoque de persuasão sobre os riscos à saúde (Valla,1993). A linha tradicional, em suas duas formas, domina de forma ampla a produção de material educativo do Brasil e as práticas educativas em saúde realizadas com a população. A educação em saúde feita dentro do modelo tradicional também desconsidera o saber popular previamente existente, valorizando um saber biomédico hegemônico. (Vasconcellos, 1991:20)

2) Radical e Desenvolvimento Pessoal representa a segunda tendência dos autores citados. Essa tendência estaria mais de acordo com os meus pressupostos educativos que incluem, nos seus princípios, a questão de "*desenvolver a participação pela luta política na saúde e, com isto, trabalhar com os grupos sociais e a sociedade em si"* (Valla, 1993:17).

Além disso, essa tendência se caracteriza pela problematização, mas, ao mesmo tempo, faz o esforço de potencializar o valor do indivíduo como sujeito em relação aos conhecimentos do seu corpo, a valorização da auto-estima nos seus aspectos psicológicos e individuais, além de desenvolver um processo de solidariedade social.

Tais tendências educativas se complementam, já que tentam manter uma unidade dialética entre o individual e o coletivo. A junção dessas tendências representa um avanço na Educação em Saúde, já que, se por um lado supera a visão Educativa e Preventiva ao problematizar a questão social, por outro, contribui para que a abordagem radical não tenha somente uma visão econômica e social da questão da saúde, mas também leve em consideração os mais variados aspectos do sujeito como são suas característica culturais, individuais e psicológicas. Essa tendência na educação em saúde se alia à corrente sociológica que analisa a educação e participação mediada pelo cotidiano.

A valorização do cotidiano leva a analisar uma problemática fundamental que *"são as relações entre sujeito e objeto, consciência e realidade, teoria e prática"* (Freire,1987:132), às quais acrescentaríamos a tensão entre o chamado conhecimento construído a partir do cotidiano e o conhecimento científico. Na educação em saúde, essa tensão é constante, mas, na maioria das vezes, é negado, tanto na prática educativa, como no material educativo disponível.

Essa tensão entre as origens sociais, econômicas e culturais do saber do cotidiano da população e o saber técnico do profissional de saúde (que, na maioria das vezes, nega o seu conhecimento cotidiano) é uma das maiores dificuldades do trabalho educativo em saúde com os profissionais. Consideramos que, além de entender as questões ideológicas, econômicas, sociais e individuais do processo saúde-doença, temos que ter clareza sobre os aspectos culturais que fazem parte do processo educativo e do material educativo. Seguindo esse raciocínio, pensamos que a interpretação das tendências educativas, sugerida por Flecha (1996: 42-45), contribui para ampliarmos e aprofundarmos o entendimento sobre o

referencial teórico-metodológico do material educativo. O autor divide as propostas educativas em três grandes grupos.

A primeira é chamada de “Etnocentrista”, que representa a educação que visa manter e divulgar a cultura dominante como a única que tem validade (por exemplo: “use a camisinha” e “diminua os parceiros”). Diante dessa perspectiva, outras formas de expressão cultural não teriam validade. Além disso, a perspectiva visa manter as desigualdades existentes entre os diversos grupos populacionais e submetê-los, ao mesmo tempo, de forma explícita ou implícita, a uma cultura dominadora.

Um claro exemplo na área da saúde que segue essa tendência, é valorizar o saber médico como o único verdadeiro ou o único com validade universal. O conhecimento médico é considerado um conhecimento técnico e, portanto, “neutro” e “correto”. Ele não teria as influências dos meios culturais ou das conjunturas sócio-econômicas. Por isso, estaria sempre correto, independente do que outros atores possam saber ou entender sobre a sua saúde. O saber médico é “superior” e, como tal, é um patamar instrumental intocável. Flecha define assim a tendência:

> *“Este enfoque etnocentrista mantém e reproduz as desigualdades existentes(...). E isso acontece por aceitar previamente, e com freqüência de maneira inconsciente, a falsa neutralidade de nossa cultura dominante.(....) Em outras palavras, se o sistema educativo já é uma criação masculina, branca e européia e, além disso, consideramos que deve continuar baseado nesse tipo de culturas, é lógico que a maioria das*

> *pessoas de outra cultura fracasse nele e que para as poucas que não passam por isso o custo seja de renunciarem á própria identidade".* (1996: 43)

A segunda tendência educativa seria oposta à anterior. É denominada de relativista. Ou seja, visa o desenvolvimento da própria identidade cultural, mas sem dialogar como outras culturas, já que a aproximação com outros valores, outros costumes, outras crenças levariam, inevitavelmente, à dominação de uma pela outra, significando então, o fim daquela. Discutem-se muito as diferenças e a sua valorização, mas não são discutidas sob a perspectiva de um marco conjuntural mais amplo ou das desigualdades que criam.

Nesse sentido, a tendência relativista também impediria uma visão de processo dialógico dentro das próprias culturas e com outras, e isto se manifesta claramente quando percebemos que, nos grupos que têm uma identidade cultural muito marcada, a subjetividade individual é o que menos conta, isto é, tudo é feito para preservar a identidade coletiva, esboçando, muitas vezes, relações autoritárias e extremamente hierárquicas e, conseqüentemente, levando à negação da individualidade . No caso da saúde, equivaleria a aceitar, sem problematizar, os diversos conhecimentos da população sobre, por exemplo, anticoncepção ou as causas de verminoses, ou mesmo fazer material educativo somente com esses olhares, considerando que todos teriam validade em um determinado contexto cultural

> *"O enfoque relativista tende a reproduzir e inclusive aumentar as desigualdades existentes ao prescindir do fato que essas não tem sua*

origem nas relações entre culturas acrescentadas à modernidade, senão nas mesmas características de cada uma delas. Em todas as culturas existem profundas desigualdades entre diferentes pessoas. (...) A superação dessas desigualdades não passa, então, pela manutenção da identidade de cada cultura, senão pela sua evolução. E esta evolução é que os relativistas radicalmente combatem." (Flecha, 1996: 43)

Acredito que essa tendência ignora a possibilidade de trocas solidárias e dialógicas, que permitem às culturas se refazerem e sobreviverem. O isolamento, assim como a aproximação autoritária e dominadora de outras culturas (o que aconteceu, na maioria das vezes, na nossa história), levam à destruição das culturas subjugadas. Penso que a sobrevivência das várias formas de agir e pensar, bem como dos significados passam por uma pedagogia dialógica e comunicativa:

"As pessoas e suas culturas se deterioram no isolamento, porém nascem ou renascem com o contato com outros homens e mulheres de outra cultura, outra crença, outra raça. Se nós não reconhecermos nossa humanidade nos outros, nós não reconheceremos a nós mesmos." (Macedo 109: 1996)

Diante disso, penso que uma pedagogia educativa dentro de uma perspectiva comunicativa, que defende o diálogo como principal categoria para a superação de conflitos, desigualdades e exclusões nos e entre os diversos grupos culturais seria o mais adequado e, também, o mais desafiador. Tal desafio, inerente às práticas educativas que seguem um referencial comunicativo, se aplica também ao material educativo.

A seguir, falarei um pouco sobre as categorias diálogo, cotidiano, mundo da vida e entendimento, que são a base de uma prática educativa participativa e comunicativa, assim como um material educativo apoiado em tal referencial.

1.2.2 Os conceitos de diálogo, cotidiano, mundo da vida e entendimento.

Paulo Freire considera que o principal fator na construção do conhecimento é o diálogo, situado historicamente, entre o eu-tu, o eu e os outros.

Além desse aspecto, o diálogo tem vários outros que precisam ser considerados. Dentre eles, destaco a questão da palavra, da dificuldade e do desafio do dito diálogo intercultural, dos diferentes mundos da vida de seus participantes, sua linguagem. Também destaco a intersubjetividade e os diferentes saberes envolvidos na questão do diálogo. Esses aspectos não podem ser analisados de forma estática e uniforme, pois o diálogo pressupõe contradição, historicidade, subjetividade e sociabilidade. Portanto, não é um processo simples de acontecer, é complexo e dependente de inúmeros fatores como os listados

acima. Tentarei esclarecê-los para melhor entender a minha prática cotidiana de educação em saúde.

Quando falo em *palavra*, imediatamente penso na questão das palavras geradoras, da decodificação de palavras, enfim, na essência do método de alfabetização de Paulo Freire. As palavras geradoras, que remetem a situações fundamentais de vida de um grupo, fazem com que os participantes reflitam, tomem distanciamento crítico (decodifiquem) e voltem para a sua realidade com uma leitura diferente da inicial. O método educativo em questão não é somente utilizado na alfabetização, mas também em grupos já alfabetizados, em que é necessário que os participantes tenham uma visão da situação-problema em sua totalidade.

Poderíamos dizer que as palavras geradoras e os temas geradores facilitam em muito o processo educativo popular. Por um lado, permitem que o educador tenha uma compreensão clara do que os participantes do grupo entendem sobre o problema em discussão. Por outro lado, favorecem uma participação ativa das pessoas porque é abordada uma situação conhecida e real. Quando utilizamos vídeos, fotos, quadros ou slides que representam as situações vivenciadas ou experimentadas pelo grupo (e não aquelas imagens completamente descontextualizadas, utilizadas nos mais diversos materiais educativos), observa-se uma participação ativa de todos, seja na valorização das experiências, seja nas propostas de soluções para os problemas. Enfim, quando valorizamos a palavra nos grupos de educação em saúde, estamos valorizando também o diálogo e tentando construir uma nova proposta pedagógica.

Acreditamos que é adequado seguir essa proposta pedagógica porque propicia que a população elabore materiais de educação em saúde, segundo os seus saberes. Valorizando o saber da população, a palavra da comunidade será levada à própria comunidade, ou seja, se estabelecerá um diálogo intercultural entre profissionais de saúde e população, bem como entre ela com seus iguais, com a sua palavra.

Nesse sentido, convém destacar o que Ernani Maria Fiori diz sobre a palavra, na sua introdução do livro “Pedagogia do Oprimido” de Paulo Freire:

> *“Com a palavra, o homem se faz homem. Ao dizer a sua palavra, pois, o homem assume conscientemente sua essencial condição humana. E o método que lhe propicia essa aprendizagem comensura-se ao homem todo, e seus princípios fundam toda pedagogia, desde a alfabetização até os mais altos níveis do labor universitário”. (1993: 13)*

Outro conceito importante na construção compartilhada do conhecimento em conjunto com a população é a categoria *cotidiano,* que merece uma reflexão inicial, já que é uma das norteadoras do processo pedagógico que estamos propondo. Entendo por cotidiano o lugar onde se desenvolve, se constrói e se processa o dia-a-dia dos sujeitos. Ele tem duas facetas: aquela da rotina, da mesmice, da continuidade, da tradição dos conhecimentos imutáveis, arraigados e inquestionáveis; mas é também o lugar onde tudo isso pode ser questionado. O *locus* das insignificâncias com grande significado, o lugar da solidariedade, o

espaço da interlocução comum. Nas atitudes solidárias, o homem comum poderia começar a quebrar os fenômenos que Habermas denomina de “colonização do mundo vivido pelo sistema”. Poderia igualmente perceber o “outro negado”, o que pressupõe um esforço para ver as diferenças, sejam econômicas, sociais, culturais ou individuais. Esse esforço seria o de superar a homogeneização e instrumentalização que o sistema cotidianamente nos impõe. O dia-a-dia do aqui e agora se caracteriza por vários aspectos que teriam, ao meu ver, como objetivo final, a potencialização das características tidas fundamentalmente como humanas, ou seja, a reflexão, a liberdade, a totalidade e a solidariedade. Também poderíamos incluir nela o trabalho e a vida em sociedade. Segundo Agnes Heller,

> *“A vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos a vivem.*
>
> *A vida cotidiana é a vida do homem inteiro (mas não em toda a sua intensidade) com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. O fato de que todas as suas capacidades se coloquem em funcionamento, determina que nenhuma delas possa realizar-se nem de longe, em toda sua intensidade.(...) A vida cotidiana é a vida do indivíduo. O indivíduo é sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico. A particularidade expressa não só seu ser isolado, mas também seu ser “individual”. (apud Mesquita, 1995:21)*

Lendo as frases de Agnes Heller, citadas pela autora do livro, podemos dizer que é no cotidiano que é possível o homem se enxergar como sujeito,

observar os outros, se auto-observar e, ao mesmo tempo, em um processo de reflexão em que a abstração e a argumentação são utilizadas, é possível ele se ver dentro de uma totalidade com a sua singularidade.

Das falas de A. Heller, gostaria destacar alguns aspectos. O primeiro, e fundamental ao meu ver, se refere à questão da totalidade, do genérico. O aspecto da totalidade é o que diferencia nossa proposta teórico-metodológica, já que nos permite ver aspectos complexos e fundamentais da realidade. Esses aspectos da realidade, sejam sociais, históricos, econômicos ou culturais, estão imersos no cotidiano da população. Em outras palavras, o cotidiano não está “descolado” ou desvinculado de uma totalidade global e complexa que se relaciona diretamente com o problema que se está conversando ou tentando solucionar. No entanto, isso não quer dizer que, ao trabalharmos o cotidiano das mulheres de baixa renda, tenhamos que fazer frente ao sistema neoliberal de forma direta e ativa, por exemplo, através dos partidos políticos ou ONGs.

Acredito que, quando as pessoas percebem a ingerência que o sistema está fazendo na sua vida cotidiana em seus mais variados aspectos, como nas relações de poder entre ela e o seu marido, no determinismo cultural do seu papel na família ou da sua submissão sexual, na revolta ao perceber que é proibida de participar de reuniões de mulheres porque o marido “acha bobagem” ou porque tem que suportar do marido traficante a violência doméstica e o desespero da abstinência: todas essas situações, ao serem cuidadosamente discutidas e problematizadas, terão um momento em que serão percebidos os aspectos gerais do fenômeno que está sendo discutido.

Quando a mulher percebe que seu problema não é singular, mas sim particular, dentro de uma totalidade comum com outras mulheres, significa que estamos vendo o cotidiano na sua totalidade. A mudança de relações com o seu companheiro, a possibilidade de negociar sexo seguro, faz com que o casal rompa com o estabelecido, faz haver uma quebra, um enfrentamento à "colonização" que o sistema tenta impor em todas as esferas da vida cotidiana. (Habermas, 1981; Lefevbre, 1991) . Esta tentativa de descolonização do cotidiano faz com que, através de um entendimento intersubjetivo, os indivíduos conheçam o mundo, ao mesmo tempo, individual e coletivo, a singularidade e a totalidade. Com isso, o indivíduo pode tentar "conduzir" alguns aspectos da sua vida. A esse respeito, A. Heller me ajuda com a seguinte afirmação:

> *"Condução da vida não significa abolição da hierarquia espontânea da cotidianidade, mas tão somente que a muda coexistência da particularidade e da genericidade é substituída pela relação consciente do indivíduo com o humano-genérico (...) A condução da vida só pode converter-se em possibilidade social universal quando for abolida e superada a alienação. <u>Mas não é impossível empenhar-se na condução da vida mesmo enquanto as condições gerais econômico e sociais ainda favorecem a alienação"</u> (Mesquita, 1995)* (grifo meu)

Assim, a desalienação do cotidiano permite construir um conhecimento em que o senso comum se torne a base de uma ciência e a ciência tenha como fundamento o saber comum, o saber do cotidiano.

Tais falas de Agnes Heller me remetem a vários autores da Escola de Budapeste, entre os quais destaco Karel Kosik, cuja obra “A dialética do concreto”, destaca justamente a alienação do cotidiano ou, como diz Habermas, um mundo da vida submetido às regras do capital, colonizado pelo sistema econômico e institucional em que a razão libertadora é oprimida pela razão técnica ou instrumental, ou pela razão do dinheiro, ou à razão da cultura dos grupos dominantes, fazendo sujeitos homogêneos e não singulares.

Acredito que a individualidade problematizada leva ao respeito pelas diferenças e à libertação do homem e não o contrário. Ou seja, esmiuçar as diferenças entre os técnicos e a população, a população entre si e os profissionais entre eles é um caminho árduo e difícil, mas, como já foi colocado na minha dissertação de mestrado, o diálogo construído de forma árdua e pacienciosa é o único caminho possível para a construção de sujeitos solidários.

Assim, a superação das diferenças, de modo não coagido, exigiria que técnicos e população, sempre que necessário, modifiquem suas concepções e definições iniciais de situação e construam saberes de consenso capazes de coordenar suas ações na busca de um projeto comum.

É sempre bom lembrar que, quando trabalhamos, por exemplo, o cotidiano da saúde, os interesses em geral são comuns.Contudo, estão envolvidos em contradições que, muitas vezes, nos fazem pensar que são antagônicas, mas que um distanciamento crítico nos traria outra visibilidade do problema. Estou falando da relação entre os técnicos de um posto de saúde e a população, pois é a partir dessa relação que podem acontecer as mudanças. É obvio que o meu interesse e o da população em relação à saúde com a proposta neoliberal de privatização são

antagônicos, mas até chegarmos ao conflito antagônico temos que elucidar as propostas e as práticas dos atores envolvidos na discussão do problema “saúde”.

Já em relação ao conceito de *entendimento*, destaco inicialmente que o conceito será abordado com base nos escritos de Habermas (1987) e de alguns dos seus estudiosos. A primeira questão que eu gostaria de destacar é que *entendimento* de forma nenhuma significa ausência de conflitos. Pelo contrário, a categoria está vinculada à idéia de processo. Processo de construção de um consenso, respeitando e, muitas vezes, superando as diferenças dos diversos sujeitos que participam de uma atividade educativa dialógica. Para melhor conceituar *entendimento*, Habermas lança mão da categoria *mundo da vida* que seria uma complexificação do conceito *cotidiano*. Nessa categoria, o autor enfatiza uma preocupação com o outro, com o entendimento do outro, com o outro negado. Acredito que, tanto Paulo Freire, como Habermas, têm uma preocupação fundamental com aqueles que não participam do diálogo, com os observadores silenciosos, alienados. Em uma de suas conceitualizações,sobre o mundo da vida, Habermas diz:

> *“El mundo de la vida es, por asi decirlo, el lugar transcendental en que hablante y oyente se salen al encuentro; en que pueden plantearse recíprocamente la pretensión de que sus emisiones concuerdan con el mundo (con el mundo subjetivo y con el mundo social); y en que pueden criticar y exhibir los fundamentos de esas pretensiones de validez, resolver sus disentimientos y llegar a un acuerdo.” (Habermas, 1987:193)*

> *"...hablante y oyente se entienden desde, y a partir de, el mundo de la vida que eles es común, sobre algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo."(Habermas, 1987:179)*

Se lermos com atenção o primeiro parágrafo de Habermas, veremos que existem palavras-chave para entendermos a sua proposta comunicativa dialógica e não de *"comunicados"* (Freire, 1993: 58). O autor afirma que os participantes de um diálogo vão ao encontro onde podem criticar e exibir fundamentos de pretensões de validez. Parece-me que ele quer dizer que os participantes vão ao encontro do outro através do diálogo, momento da argumentação que visa chegar a um acordo. Para mim, é óbvio que o acordo não é imediato, mas, sim, decorre de um processo de resolução dos desentendimentos. Desentendimentos, estes, que são de origem cultural, social, econômica ou subjetiva.

Em qualquer início de situação dialógica, não temos situações absolutamente desconhecidas, já que invariavelmente os participantes lançarão mão dos seus conhecimentos prévios, da sua realidade. São conhecimentos que podem ser de uma das três áreas que compõe o mundo da vida[6] , ou seja, do mundo cultural, social ou subjetivo ou dos três mundos, que é o mais comum, visto que são indissociáveis e estabelecem uma relação dialética entre si. A junção dos três mundos é a realidade, é o senso comum. É o conhecimento que todos nós temos e é a partir desse conhecimento que começa a ação comunicativa em

[6] Habermas, ao analisar o cotidiano, complexifica a abordagem desse conceito-contexto, pois ele coloca que o mundo da vida seria composto por três esferas, apresentadas nessa primeira parte do texto. No decorrer do presente estudo, todos esses aspectos serão rediscutidos.

Habermas. Quando o diálogo não acontece, ou seja, quando não se encontram pontos equivalentes no senso comum ou na argumentação, as pessoas, de forma geral, perdem o interesse, ficam em silêncio, se afastam do grupo. Tal reação, na verdade, é uma forma de comunicação não-verbal, a que o educador tem que estar muito atento, pois significa que há um descompasso teórico-metodológico entre o que desejamos e o que estamos fazendo ou propondo. O silêncio nas classes populares é a forma mais gritante de nos dizerem que o diálogo não existe.

Sendo assim, temos que o mundo da vida, segundo Habermas, é o contexto das experiências possíveis. Não é um mundo privado, mas um mundo partilhado intersubjetivamente numa relação onde cada sujeito, ao mesmo tempo em que preserva sua subjetividade, participa da construção intersubjetiva do mundo social e promove a construção de sua própria identidade. A relação intersubjetiva se expressa, portanto, através de sistemas simbólicos de um saber acumulado culturalmente e através da interação lingüística entre os sujeitos. Significa dizer que o horizonte a partir do qual se pode compreender algo é sempre o mundo da vida, o que precisa ser tomado em consideração nas interações entre os profissionais de saúde e a população.

O saber acumulado culturalmente Habermas chama de “celeiro cultural”: são as raízes “cristalizadas”, difíceis de serem removidas, mas que necessitam ser tocadas e problematizadas para que avancemos no diálogo e na construção de novos conhecimentos a partir do mundo da vida.

Diante de tais reflexões, cabe perguntar se seria possível discutirmos assuntos culturalmente arraigados em determinadas comunidades, como a

questão “inquestionável“ da maternidade, do cuidado com os filhos, do “ficar em casa”, do marido provedor. São situações de infinitas contradições, que deverão ser superadas se pretendemos mudar de forma concreta o cotidiano. Reconhecer-se, principalmente a mulher de baixa renda, enquanto ser oprimido, excluído e “colonizado”, poderia ser o primeiro passo de uma possível mudança. Porém, somente a constatação não seria suficiente, como foi discutido anteriormente. Teríamos que lançar mão da pedagogia do conflito, que, através da problematização, do questionamento, nos permite ver os aspectos ocultos da realidade, confrontar o senso comum. O questionamento, é bom lembrar, tem também duas vias, posto que pode significar auto-conhecimento e solidariedade, de um lado, e sofrimento e perdas, por outro. Esse duplo caminho implica em questões subjetivas, culturais e sociais, íntima e dialeticamente relacionadas com o sistema econômico e de poder.

Os processos intersubjetivos, inerentes ao cotidiano, seriam o fundamento teórico habermasiano, tanto da reprodução, quanto da renovação cultural. Estariam relacionados à produção do senso comum, do saber científico, das normas sociais e da socialização dos indivíduos e, por isso, teriam um potencial transformador.

As práticas de saúde, entendidas em sua dimensão educativa, devem considerar tal aspecto do cotidiano, pois ele permite o diálogo entre sujeitos com mundos da vida diversos, porque inseridos de modo diferente na totalidade do processo social e pertencentes a grupos culturais diferentes. A coexistência, no espaço do serviço de saúde, de diferentes sujeitos e saberes de naturezas diversas se reflete, certamente, em inúmeras dificuldades na relação entre os

profissionais de saúde e a população. Encontra-se justamente aí o desafio que devem enfrentar os profissionais comprometidos com a melhoria da qualidade de vida da população porque a reflexão, a problematização do e a partir do mundo da vida significa, entre outras coisas, conflito, limites de ética, limites de questionamento, limites de sobrevivência, limites de humilhações, limites de afeto. Ou seja, trabalhamos com situações-limite. Esse termo, que Paulo Freire utiliza e é colocado também por Melucci, é, na verdade, um dos grandes desafios da problematização:

> *" Uma pequena adição: o outro lado da opção dialógica, tanto na vida civil, quanto na vida social, é estar consciente de que se está trabalhando no limite. Esta opção tem conseqüências políticas na medida em que nenhuma perspectiva singular pode pretender desempenhar um papel totalizante. Este papel só poderia ser imposto através do exercício direto da força e da violência." (Melucci, 1994:158)*

As situações-limite, difíceis de compreender e problematizar: a mulher grávida que quer abortar, a mulher HIV positiva que engravida, a mulher que está esperando seu quinto filho e tem vergonha de fazer seu pré-natal porque o pessoal do posto vai xingá-la ou a mulher que prefere não negociar o uso da camisinha, preferindo se expor ao risco do HIV a estabelecer uma discussão com o seu parceiro. Enfim, são tantas as situações-limite no nosso cotidiano, que é necessário ter clareza de que estas situações não são limitadores por elas mesmas ou razão de desesperança, de que não são situações dadas e

intransponíveis, como diria Paulo Freire. A partir do olhar crítico sobre elas, abordando-as na sua totalidade, lentamente vamos superando as dificuldades. A confiança retorna e a situação, que antes parecia sem solução, intransponível, passa a ser vista com clareza e esperança. Assim, uma nova situação está dada , com outros limites a serem superados.

Essa reflexão vem ao encontro do texto de José de Souza Martins, em que ele fala das “necessidades radicais”, o desencontro entre o real e o possível, ou seja, para superar essa contradição há que revelar o invisível, o oculto, o submerso. Significa dizer que é necessário estabelecer um diálogo em que apareçam as diferenças, mas, principalmente, em que elas possam ser questionadas, criticadas e superadas.

> *“Portanto os movimentos sociais não podem superar as necessidades radicais, cobrar o desencontro entre o real e o possível, sem exigir que, num certo sentido, o oculto se revele, sem questionar as formas aparentes e sua coerência enganadora, questionando, assim, sua eficácia como mediações da exploração e da dominação.” (Martins:128)*

Sendo assim, devemos observar que entre os profissionais de saúde houve um avanço do discurso no que se refere ao seu posicionamento teórico-metodológico em relação às atividades educativas. Em minhas observações, constatei que, dificilmente, um profissional se define como um educador etnocêntrico ou tradicional. Em geral, há um discurso que valoriza o cotidiano e

respeita a cultura das diversas populações, o que é um avanço em relação a 10 anos atrás.

Observei, principalmente em relação aos profissionais do SSC e do Programa de Saúde da Família (PSF) com que tive contato através de trocas de experiências, congressos, cursos, entre outros, que hoje as contradições se manifestam na prática diária, nas situações-limite, nas realidades culturais vivenciadas pela população, quase inimagináveis pelos profissionais. Na maioria das vezes, em tais situações, o discurso problematizador, crítico ou comunicativo do cotidiano se transforma em uma prática normativa ou na negação dos valores culturais ("tudo bem, não faz mal tomar chá de goiaba, mas use também água fervida", "não precisa ter medo de fazer o seu CP, eu até já reservei uma consultinha prá ti", "pode deixar a moeda no umbigo desde que limpe com álcool iodado", etc.) [7]. Todavia, os profissionais, uma vez alertados sobre a sua prática educativa, sentem necessidade de mudar, mesmo que isso seja uma caminhada difícil, inclusive para quem tem clareza teórico-metodológica.

Já no material educativo, como foi exposto, não há contradições entre propostas e práticas. A tendência é apenas uma. Há, na verdade, um conflito entre

[7] Em curso pré-congresso da IV Jornada Paranaense de Medicina da Família e Comunidade, ocorrida em novembro de 2002, estávamos discutindo justamente a dificuldade em "conversar" com a população sobre o uso da água fervida (que não é tão tecnicamente correto assim, mas esse aspecto não chegou a ser discutido...) para a prevenção da desidratação ocasionada pela diarréia. Os profissionais defendiam que as pessoas não ferviam a água, que, muitas vezes, não havia estrutura material para fervê-la, que tentavam compreender, ouvir sobre essas dificuldades... Então, eu lancei a pergunta: "sim, mas se ela disser que usa chá de goiaba para parar a diarréia e que prefere usar este chá para o problema do que a água fervida, o que vocês fariam?" A resposta em uníssono revelou a contradição entre o que eles falavam e o que, realmente, fariam: " tudo bem pode usar o chá, mas é importante também usar a água fervida", "Não tem problema, use os dois, então...". Eu questionei: "Mas isso não é problematizar. Não seria mais adequado perguntar por que ela usa o chá e aguardar as respostas que ela tem a dizer, do que defender imediatamente o nosso conhecimento e a nossa prática cientificamente embasada, que foi o que ocorreu naquele momento?"

o material educativo e a prática educativa, que ainda está em processo de mudança de referencial.

A pergunta que me faço – e que foi a pergunta norteadora de todo o meu processo de mestrado e também uma das perguntas guias no meu processo de doutorado – é bem simples: *se tento ter uma prática educativa dialógica e participativa, que valorize o cotidiano, que o problematize e tente construir novas práticas e reflexões, eu preciso de um material educativo que siga o mesmo referencial?*

A resposta afirmativa parece óbvia em nível reflexivo, mas, nas práticas educativas, observamos que não há esse cuidado, não há uma relação teórico-metodológica entre todos os elementos do processo educativo.

A terceira parte da minha dissertação começa com um diálogo que seria a síntese da dissertação. Um diálogo que não aconteceu de uma vez, em apenas uma reunião, mas em sucessivas aproximações que resultaram em uma cartilha que compreende os elementos fundamentais do saber da população e também inclui as contribuições dos técnicos durante o processo, difícil, mas que tenta, na sua essência, fazer com que o respeito pela singularidade seja o caminho para a construção de um conhecimento democrático, justo e solidário. Com base nesses referenciais teórico-metodológicos, na minha dissertação de mestrado, foi elaborada uma cartilha artesanal preliminar sobre o DIU (Apêndice A) com a participação da população. Propomos a elaboração de cartilhas educativas dialógicas, em que a participação da população é essencial para a elaboração do material educativo, pois, segundo a metodologia educativa participativa, a participação faz parte do processo de construção do conhecimento. Isso nos

permitirá superar a fragmentação do cotidiano, ver a realidade na sua totalidade, partir do senso comum dos participantes, sem negarmos o conhecimento científico, mas, sim, problematizando ambos os saberes (o que é mais importante).

Para concluir esta parte do texto, reafirmo, então, que o meu referencial teórico-metodológico educativo é aquele que inclui os pressupostos de uma educação comunicativa, como defende Flecha:

> *"A perspectiva comunicativa desenvolve um enfoque baseado no diálogo como forma de relação entre as culturas e como caminho em direção à superação das atuais desigualdades e exclusões. Ela considera que a modernidade cultural supôs a destruição de muitas culturas, mas que também estendeu idéias e práticas contraditoriamente libertadoras (...). A homogeneidade é que produziu os efeitos mais "exclusores" e destrutivos de uma grande riqueza cultural. Pelo contrário, quando a igualdade incluiu o respeito à diferença, gerou importantes efeitos igualitários e superadores de muitas das terríveis exclusões de pessoas e povos existentes já na pré-modernidade" (1996: 44)*

1.2.3 Discutindo experiências de elaboração de material educativo em conjunto com a população.

Até o ano 2000, realizei, em conjunto com profissionais da Unidade Divina Providência (UDP) do SSC e mulheres da Vila Jardim, material educativo artesanal. Era um material elaborado sem qualquer recurso financeiro para contratação de desenhista ou impressão mais elaborada. Um material que tentava reproduzir um referencial pedagógico participativo, mas os recursos necessários para a realização do mesmo eram limitados. Assim, lançamos mão de cola, tesoura, recortes de outras publicações em que é permitida a reprodução, talentos locais para desenho (tanto da comunidade, como de profissionais) e xerox, devidamente autorizado pela instituição[8]. (Diercks & Pekelman, 2001)

Nesse contexto, foram feitas cartilhas sobre o conselho gestor local (Anexo A); sobre o pré-natal (Apêndice B); e sobre acolhimento. (Anexo B).

No final de 2002 e durante todo o ano de 2003, coordenei o processo de elaboração participativa de um *Manual para Cuidadores* denominado “Cuidando de quem Cuida – Manual para quem cuida de alguém que precisa de cuidados permanentes.” (Apêndice C). O Manual, voltado para os familiares que cuidam de um parente que está restrito ao leito ou acamado, contou com o apoio da CN-ISTs/HIV/AIDS [9] e foi realizado em três Unidades do Serviço de Saúde Comunitária, com a participação de cinco profissionais dos bairros onde o SSC

[8] O uso do computador auxilia em muito a elaboração de material educativo chamado por mim de “artesanal”. As cartilhas citadas e disponíveis nos apêndices e anexos foram feitas com o auxílio restrito do computador já que, na época da realização das mesmas, não contávamos com tal recurso nas Unidades de Saúde.

atua e 22 cuidadores que faziam parte dos Grupos de cuidadores de cada uma destas Unidades.

No manual, tentamos colocar o cotidiano dessas pessoas e como elas fazem para resolver os duros problemas que enfrentam após anos e anos dedicados a cuidar de um familiar incapacitado. O desgaste físico, emocional e mental do cuidador deteriora a relação dele com quem está recebendo seus cuidados, com a família e seu círculo social, que fica cada vez mais restrito, a ponto de muitos cuidadores se encontrarem completamente isolados do seu contexto.

O manual teve uma participação restrita dos cuidadores, visto que nenhum deles se prontificou a participar da elaboração do roteiro, mas todos leram e discutiram cada uma das versões resultantes dos debates. Atribuímos a essa forma de participação o grande sofrimento psíquico do cuidador, decorrente da pouca disponibilidade de tempo que ele dedica a outros afazeres. Talvez, se tivéssemos mais tempo ou não nos limitássemos ao cronograma do projeto, o manual demoraria mais tempo a ser elaborado, mas contaria com maior participação. Infelizmente, o tempo disponível ficou limitado pelos prazos de financiamento do projeto.

De qualquer forma, o manual se destaca dos demais existentes porque seguimos a premissa metodológica que norteia a nossa proposta pedagógica: partir do cotidiano do cuidador e problematizá-lo. Isso faz com que, novamente, o manual se diferencie dos existentes, que somente abordam os aspectos técnicos sobre os cuidados com alguém doente, não considerando a complexidade que

[9] Projeto 914\BRA\3014 – UNESCO. Termo de cooperação: CSA856\02\CN-DST\AIDS

envolve o cuidar de alguém por vários anos, sozinho e sem interrupção. Todos esses materiais tentam aprimorar a metodologia educativa proposta para a produção de um material educativo em conjunto com a população.

Conheço também a experiência do NUPACS-UFRGS (Nupacs, 2000), que desenvolve uma proposta de elaboração de materiais educativos (cartilhas tipo fotonovelas e jogos) (Anexo C) para e com os adolescentes. Esse material parte da realidade cultural da população, mas o profissional não participa da escolha dos conteúdos nem da criação do roteiro. Tem o papel de observador. Ou seja, não há problematização ou estranhamento dos conteúdos levantados nem do processo em construção do material. Mesmo sendo um material que parte do cotidiano da população – o que facilita a prática educativa –, por outro lado, valoriza somente o saber cultural local dos participantes do grupo (da população). O saber dos profissionais sobre o assunto fica ausente, sem sequer ser relativizado ou problematizado. Seguramente, este material segue uma tendência relativista dentro daquela classificação utilizada por Flecha e já citada.

O material do NUPACS-UFRGS foi utilizado por mim em algumas ocasiões, e a população fez duas críticas importantes: a primeira é que a realidade não era tão cor de rosa como colocava o material, principalmente quanto ao final feliz da história e à compreensão dos pais sobre a gravidez das meninas; o segundo aspecto se referia ao uso da fotonovela como linguagem visual. A população colocou que se “mostrar” na fotonovela como personagem poderia confundir o leitor que conhecia os protagonistas na vida real, ou seja, confundir a vida encenada da personagem com a vida real das pessoas, e isso exporia demais os protagonistas, podendo deixá-los em situações difíceis e constrangedoras. Em

todos os grupos em que se trabalhou a construção do material para a prevenção de AIDS, esse foi um dos motivos levantados para não optar pelo formato “fotonovela “.

A mesma crítica foi feita por escolares de outra instituição, onde foi levada a fotonovela “A paixão é cega” o que levou os adolescentes a fazerem seu próprio material intItúlado “Com amor e com camisinha”, em que são apontados vários aspectos do relacionamento entre adolescentes, incluindo violência, uso de drogas, ficar/transar, etc. (Hassen, 2002:167).

Também, o NUPACS-UFRGS desenvolveu um jogo para pré-adolescentes. O trabalho denominado “Crescer: O jogo da vida e da sexualidade” é um jogo de dados com uma trilha a ser seguida, em que os participantes enfrentam obstáculos. Cada obstáculo corresponde a uma pergunta, e as perguntas estão distribuídas em cartelas. Esse jogo segue o mesmo formato do “ZIG-ZAIDS” (Schall,1999), distribuído pelo Ministério da Saúde e de que falaremos mais adiante. Uma diferença importante entre os dois é que o ZIG-ZAIDS não foi construído em conjunto com a população, e, no jogo do NUPACS, a população é parte fundamental do processo. Também, neste jogo, a maioria das perguntas se refere às dúvidas dos pré-adolescentes em relação a sua sexualidade e sua vida afetiva, tendo apenas quatro perguntas específicas sobre o HIV/AIDS. É, também, um jogo extremamente dinâmico e, mesmo não tendo perguntas elaboradas pelos profissionais, permite, no momento de sua aplicação, uma profunda reflexão por parte dos participantes, propiciando a construção de novos saberes e práticas.

Também, a experiência com adolescentes na cidade de Pelotas - RS, assessorada pelo NUPACS, merece ser descrita, posto que elabora material

educativo para adolescentes feitos pelos próprios adolescentes. Novamente, nesse material evidenciamos a perspectiva que valoriza somente o saber da população envolvida no processo. Os profissionais não se manifestam.

Seguindo tal linha metodológica, podemos ainda destacar a cartilha “Acorda Adelaide”, elaborada por um grupo de mulheres do Rio de Janeiro em 1991 e 1992. O material retrata um caso fictício de uma mulher e sua percepção de risco e da infecção pelo HIV. A autora descreve, da seguinte maneira, a cartilha:

> “*Em síntese, a revista representa episódios da vida de uma mulher, Adelaide, que ,após o afastamento do marido, envolve-se afetivamente com um antigo amigo. A amiga Nair, pessoa com quem Adelaide habitualmente conversa sobre questões familiares, sugere, a partir de sua própria experiência, que Adelaide adote o uso da camisinha para a prevenção de AIDS. Após alguns anos de separação, o marido de Adelaide volta para casa e é por ela recebido. Ao fazer o texto do HIV por motivo de doação de sangue para a amiga Nair, prestes a se submeter a uma cirurgia, Adelaide se descobre soropositiva”.* (Guimarães,2001: 215)

A autora não comenta qual o grau de participação das mulheres e dos profissionais no processo de construção do material , mas relata que “*contribuíram significativamente para o enredo da revista.”* (Guimarães,2001:171)

A autora coloca que foi discutido o fato de Adelaide parecer submissa na história e isso não ser discutido no material, pois essa era a vontade das mulheres envolvidas no processo. O fato de colocar a palavra *Acorda* no título, remete

também à necessidade de diminuir *"um pouco a Adelaide que encontramos em todas nós".* (Guimarães,2001:171)

Além disso, conforme o mesmo referencial que valoriza os saberes locais e de determinados grupos etários, produziu-se material educativo por adolescentes no Rio de Janeiro. (Bittencourt,2003:156). A experiência foi realizada por dez jovens que elaboraram material que *"refletisse interesses, linguagem e cotidiano dos jovens de comunidades de baixa renda a fim de passar a mensagem de prevenção".* Os profissionais que participaram do grupo não participam da elaboração do material, pois o objetivo principal é valorizar o *locus* cultural onde o impresso é realizado.

Como podemos observar nas cartilhas do NUPACS (tanto em Pelotas, como em Porto Alegre), as cartilhas do Rio de Janeiro seguem uma tendência pedagógica de valorizar o *locus* cultural e social. Seguir tal tendência sem fazer os devidos questionamentos ou problematizar as realidades dadas leva à produção de um material que, embora valorize o cotidiano da população (esquecido na maioria dos materiais analisados), muitas vezes, reforça os aspectos que dificultam o entendimento da realidade na sua totalidade. Isso significa que, conforme uma perspectiva dialógica e comunicativa, a contribuição do profissional é essencial para a compreensão da complexidade dos problemas dados. Por outro lado, entendo que se trata de um avanço em relação ao material educativo existente, visto que valoriza diversos olhares sobre o mesmo problema.

Já na linha metodológica dialógico-participativa, destaco o trabalho realizado por Kátia Reis de Souza e Brani Rozemberg (2003), que realizaram um processo participativo-educativo de elaboração de material educativo com as

merendeiras de escolas públicas do Rio de Janeiro. A partir do cotidiano daquelas trabalhadoras, foram programados seis encontros, cujo objetivo final era a produção de material educativo em conjunto com as trabalhadoras. O referencial pedagógico citado é o da obra de Paulo Freire e o “Manual para os Trabalhadores”, elaborado pelos operários italianos, nos anos 70, seguindo uma metodologia de avaliação consensual.(Souza,2003)

O grupo de trabalho formado pelas pesquisadoras e as merendeiras elaborou um cartaz em que são destacadas as inúmeras atividades que uma merendeira realiza no seu processo cotidiano de trabalho, o quanto ele é desgastante e pouco gratificante e as necessidades de mudanças neste processo. Em seis encontros, elas selecionaram os conteúdos, o estilo e o formato do impresso e o tipo de gênero comunicativo (Souza, 2003:2). O processo segue à risca, para a construção de material, os princípios da pedagogia freiriana, usando temas geradores e temas da construção e de validade intersubjetiva dos sujeitos envolvidos, tendo, como referência, Habermas e Oddone (Souza,2003:4), como coloca a autora a seguir:

> “*esse processo de interação entre os dois saberes possui um valor ético, que é o respeito ao conhecimento obtido por cada pessoa no seu trabalho e na vida. Seja ele trabalhador ou pesquisador, produz novos lugares; trabalhador que investiga; pesquisador que é investigado. O importante foi a aliança estabelecida pela meta comum de reconhecimento crítico e de busca de caminhos para as transformações necessárias para a*

promoção da saúde, dentro dos limites possíveis, nos ambientes de trabalho".

O artigo citado remete à necessidade de rediscutir alguns aspectos da proposta de Paulo Freire para a elaboração de material e a questão de avaliação consensual de Oddone. Os dois autores, na minha opinião, têm grande importância histórica na elaboração dos pressupostos da produção de material educativo com participação da população.

Paulo Freire, no livro *Ação Cultural para a Liberdade* (1987), escrito em 1968, faz uma crítica em relação às cartilhas de alfabetização existentes, em que o cotidiano da população não é enfocado. Somente frases como "Eva viu a uva.", "A asa é da ave." e tantas outras de que podemos lembrar em nosso processo de alfabetização, quando éramos crianças, não estabeleciam nenhuma relação com o nosso dia-a-dia.

Tal crítica pode ser perfeitamente encaixada, e já o fiz neste texto, nos conteúdos que fazem parte dos materiais educativos de forma geral e daqueles que se referem à prevenção da AIDS em particular. Todos partem da realidade biológica do HIV. *"O HIV é um vírus que se transmite (...)", "Use a camisinha que é a única forma de se proteger...", "Informe-se, é a melhor forma de se prevenir...", "agora que você já sabe, é só usar a camisinha...", "Faça seu teste do HIV não dói nada".* Enfim, posso citar inúmeros exemplos em que a situação do "receptor" sequer é considerada. Assim o leitor a que se destina o material não consegue nenhum elemento ou código (Freire,1987:19) para fazer a mediação entre a sua realidade e aquilo que está no material.

Outro aspecto citado por Freire se refere aos desenhos que fazem parte das cartilhas que mostram:

> "*casas bonitas, acolhedoras, bem decoradas; casais risonhos, de faces delicadas, às vezes ou quase sempre brancos e louros; crianças bem nutridas, bolsinha a tira colo, dizendo adeus aos papais para ir à escola, depois de um suculento café da manhã..."* (Freire,1987:15)

Não vivenciamos essa "ambientação" nos materiais educativos impressos que abordam o problema da AIDS. De forma geral, o fundo é de uma cor, sem aparecer qualquer contexto, nem de classe média, nem popular. A escrita está solta, sem personagens. Falas abstratas que tentam evidenciar uma suposta neutralidade do material – o que, como sabemos, não existe. Nas propagandas televisivas sobre AIDS, a situação é um pouco distinta. Muitas delas (veremos mais adiante) apresentam um contexto parecido com aquele descrito por Paulo Freire, ou seja ,um mundo irreal para a classes populares – ou um mundo de novela, como colocam as falas na avaliação feita pelos agentes de saúde sobre as propagandas televisivas e estudadas por Santos (2003:19).

As falas se referem à propaganda "Negociação", posteriormente discutida em meu texto.

> *"se fosse um casal de idade, eu colocaria eles na casa deles, jamais ...assim, num lugar luxuoso que nem o que aparece (no "Negociação"). Ele parece , assim que está dirigido a pessoas da classe alta, né? A impressão*

que eu tenho porque essa gurizada aí não tem dinheiro , pra ir nesses lugar...(GFT1-ACS21)"

"O local era ótimo...igualzinho ao dos barracos que a gente vê.. "(GFM1-ACS11)"

Paulo Freire enfatiza a necessidade dos próprios trabalhadores elaborarem seus textos de alfabetização como uma forma fundamental de construção e reconstrução do conhecimento e da realidade que lhes deu origem. Assim os próprios trabalhadores se educariam e educariam os seus semelhantes. Ele sugere que os problemas uma vez decodificados pelos grupos dão origem a outros problemas e outros materiais didáticos numa aprendizagem ilimitada. Sugere várias formas de construção de material como textos escritos, dramatizações das situações vividas dentro do problema escolhido. Propõe que essas atividades sejam gravadas e as gravações sejam discutidas com todos os participantes do processo educativo e, a partir do material, sejam feitas novas cartilhas, que seriam essenciais no processo educativo problematizador do cotidiano. (Freire,1987:29). Considero que está aí a essência do trabalho de construção de material educativo com participação popular.

Uma outra experiência, por mim recentemente lida, mas já conhecida na área de saúde do trabalhador, foi a do sindicalismo italiano desenvolvida no final dos anos 60 e 70. Conhecido como Modelo Operário Italiano (MOI), o grupo teve forte influência quando ocorreu a criação dos Centros de Referências de Saúde do Trabalhador (CRST) no Brasil, na metade dos anos 80, tendo sido, inclusive, feitas

tentativas de aplicação do mesmo modelo na Prefeitura de Porto Alegre, com êxito razoável[10].

Nesta parte do texto, descreverei o processo de construção de um “Manual de Saúde do Trabalhador” (Oddone,1986), que levou em consideração todos os envolvidos no processo saúde-doença relacionados ao trabalho (médicos, sindicalistas, trabalhadores, psicólogos). O livro-manual discute em detalhes o processo de construção de conceitos e práticas construídas em conjunto no ambiente de trabalho.

Vários conceitos foram construídos no dia-a-dia entre eles, por exemplo, o que era *nocivo* no ambiente de trabalho e o que era *validação conceitual*. Este último se referia ao processo de construção que tinha validade intersubjetiva entre todos os participantes (técnicos e profissionais), ou seja, não era mais possível *delegar* ou responsabilizar práticas e conceitos para outros. Os profissionais não poderiam delegar a responsabilidade para os trabalhadores, e estes, para o patrão ou para o médico da fábrica, no que se referia a doenças ocupacionais. Na verdade, essa construção era da responsabilidade de todos. Cito, a seguir, a riqueza do processo relatado:

> *“No início das experiências de nocividade (como reduzir os gases e fumaças na fábrica), o relacionamento entre operários e técnicos não foi simples. Cada um tinha um modelo de avaliação da própria saúde e dos problemas do trabalho. Existiam problemas de linguagem e também a*

[10] Informação oral fornecida por Paulo Fabris, médico do trabalho do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador da Prefeitura de Porto Alegre.

> *necessidade de encontrar uma maneira comum par evidenciar e catalogar distúrbios e doenças em relação as causas e as fontes que o determinavam... Começou-se a discutir, dentro do grupo de operários, junto ao médico, que significado teriam as palavras e os problemas como umidade, ruído, luminosidade, quais coisas já eram do patrimônio de todos e quais coisas não eram. O médico, por sua vez, socializava seus conhecimentos indicando os distúrbios e doenças que podiam provocar os diversos elementos de nocividade (por exemplo, quais são as reações do organismo trabalhando num ambiente seco ou num ambiente muito úmido), enfim, quais são por exemplo, as condições de unidade "ideais" para que o trabalhador não sofra nem num sentido nem no outro."* (Oddone,1986:75)

Assim, o grupo sentiu a necessidade de criar um manual em que estivessem presentes todos os aspectos discutidos referentes ao problema de nocividade no ambiente de trabalho, já que o processo de discussão havia sido muito complexo para ser dominado por apenas uma pessoa e seria impossível todos os participantes saberem em detalhes todas as nocividades de cada ambiente de trabalho da fábrica.

O manual, então, facilitaria a comunicação entre operários e médicos (Odonne,1986:77). Para isso, elaborou-se um manual que comportava os conhecimentos da "*medicina sobre o funcionamento da máquina-homem",* a que *"correspondia um não menos rico conhecimento operário das ocupações específicas e seu teor de nocividade."* Era um material extremamente complexo. Nele, incluiram-se elementos em que os operários e médicos podem avaliar a

nocividade do ambiente de trabalho, formas de articulação em relação à saúde do trabalhador e também "*uma proposta operária para uma medicina do trabalho insuficiente também no plano informativo e cujo único poder era o de convencer os operários por conta do patrão."* (Odonne,1986:77)

Em outras palavras, o manual abrangeu a totalidade cotidiana e política da nocividade no ambiente de trabalho. É importante ressaltar que, em todo o texto, não foi feita nenhuma alusão ao referencial pedagógico que sustentou esse movimento, tampouco foram citados autores que referenciaram o trabalho, exceto uma breve alusão a Gramsci, na página 77.

Pelo breve relato feito, podemos situar esse trabalho como um modelo de elaboração de material educativo seguindo os princípios freirianos de ação e reflexão e provavelmente dos Conselhos de Fábrica de Gramsci. A relação entre Gramsci e Paulo Freire foi discutida com profundidade pelo pesquisador chileno Edwards resultando em sua tese de doutorado.

Cabe destacar, ainda, que a ação política do MOI se estendeu para além das relações de trabalho nas fábricas, dando origem à reforma sanitária italiana. Esta, mais tarde, baseou a Reforma Sanitária do Brasil, que teve a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 como marco inicial e histórico da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo desses anos, considero que a elaboração de material educativo em conjunto com a população é uma proposta viável, desde que baseada em uma metodologia educativa dialógica e participativa. No entanto, tal viabilidade depende do rigor teórico- metodológico de uma educação participativa e, por isso, é um processo lento, provocador, desestabilizador de conceitos. Em contraponto,

o resultado concreto e palpável quanto à autonomia , a emancipação e a crítica da população e dos profissionais em relação aos seus cotidianos vivenciados, refletidos e sintetizados no material.

É importante, na elaboração do material, que o profissional de saúde reflita sobre a necessidade de uma unificação teórico-metodológica entre a sua prática educativa e o material educativo empregado. Essa discussão não está arraigada ainda entre a maioria dos profissionais com os quais eu tive contato, principalmente em seminários e oficinas de que participei como coordenadora. Em geral, o profissional de saúde utiliza o material existente, apenas traduzindo-o para a população. O processo faz com que haja uma ressignificação do material, mas essa reconstrução freqüentemente inviabiliza o material existente devido às muitas mudanças que devem ser feitas para a compreensão da população. Outro aspecto é que, na reconstrução, é valorizado, ou o saber da população (ignorando o saber dos profissionais), ou o saber dos profissionais (simplificando a sua linguagem para que a população entenda). Em ambos os casos, criam-se materiais insuficientes para explicar o problema de saúde em discussão.

Nos cursos por nós ministrados[11], freqüentemente vivenciamos essas situações em que somente era valorizado o que a população pensava sobre o problema. Em outros casos, o conhecimento dos profissionais – o chamado saber científico – era transposto para uma linguagem simples, utilizando inclusive o dialeto da população. Ambos os aspectos fazem parte do processo de construção

[11] *Nós* se refere à autora desta tese e às queridas amigas e companheiras de todas as jornadas de cursos, seminários, artigos, viagens, quartos triplos, stress, impaciência (da minha parte),desentendimentos acolhidos, dialogados e superados, Renata Pekelman e Daniela Wilhelms.

compartilhada do conhecimento, mas não deve ser seu produto final. Como foi defendido ao longo de todo o texto, acredito ser necessária a relativização de ambos os saberes, já que, de forma isolada, nenhum deles explica a realidade. Ambos são insuficientes, embora se complementem dialeticamente. E esse é o grande desafio.

Observo ainda uma grande necessidade de material didático em todas as atividades educativas, assim como um interesse pela produção de material por parte dos profissionais dos serviços de saúde, além de uma grande quantidade de material produzido nas equipes das Unidades Básicas de Atenção e em nível hospitalar. Constato essas questões através da minha vivência no SSC e da revisão de literatura, principalmente no artigo da Brani Rozemberg (2002), que descreve, a partir de uma metodologia qualitativa, a elaboração de impressos por profissionais de serviços de doenças infecciosas do Rio de Janeiro. (Rozemberg, 2002:3).

As conclusões são muito interessantes. Aponto-as a seguir. Segundo os resultados, a motivação dos profissionais para fazer material educativo seria dar o*rientação* (horários, regras ,normas da instituição) sem se proporem a "*interagir com os clientes" (*Rozemberg, 2002:4*)*, mas sim a normatizar algumas condutas. Para o segundo grupo, o mais numeroso segundo a autora, a motivação seria *"informar a clientela" (*Rozemberg,2002:5), ou seja, preencher os "vazios" de informação constatados nos pacientes, dar acesso à informação e responder às muitas dúvidas que se repetiam sistematicamente na maioria das consultas. Já o terceiro grupo identificado pela autora, integrado por somente dois dos 28 profissionais que participaram da pesquisa, demonstrava uma "*motivação*

dialógica que atribuem ao leigo (paciente ou não do hospital) um papel menos passivo do que o de 'estação de repetição' ou 'multiplicador' do saber médico." (Rozemberg, 2002:5).

Podemos dizer que, no SSC, os folhetos produzidos seguem a terceira tendência, concentrando também as suas motivações na necessidade de "passar conhecimentos que faltam" para a população, ainda que com um discurso educativo mais progressista. Como foi exposto anteriormente, isso se deve, na minha opinião, primeiro porque não há clareza de que o material educativo faz parte do processo educativo – comunicativo e, por isso, ele precisa ser coerente com o referencial pedagógico que o sustenta. Além disso, não há reflexão suficiente sobre a complexidade do processo educativo, mesmo que no fazer pedagógico cotidiano existam, concretamente, atividades participativas, dialógicas, problematizadoras. As dificuldades metodológicas em relação à pratica educativa, bem como à elaboração e o uso do material se manifestam, principalmente, naquilo que vários autores chamam de "situação-limite".

Além disso, concordando com Rozemberg, a maioria dos profissionais de saúde, freqüentemente, está preocupada em ter uma linguagem mais acessível na sua prática e em seus materiais, acreditando que o problema do material e das práticas como um todo será solucionado com essa mudança. Quando se fala em material educativo, a primeira e principal crítica ou sugestão sempre é sobre a "adequação da linguagem", não sendo discutidos os conteúdos e como eles são abordados no material. A existência de um referencial teórico metodológico que sustente a linguagem do material também não é discutida. Ou seja, a mudança pretendida na linguagem poderia ser considerada um avanço, mas, na verdade,

ela está inserida em um referencial, ou seja, podemos usar uma linguagem mais popular sem que isso signifique que a nossa prática ou nosso material seja mais comunicativo ou intersubjetivo. Na verdade, geralmente, ocorre uma apropriação indevida da linguagem cotidiana, descontextualizando-a, estigmatizando-a e reforçando estereótipos que a caracterizam como "equivocadas ou erradas". Os profissionais que fazem os folhetos estão presos a uma lógica que parte do seguinte princípio:

> *"existe um 'adequado', um 'correto', um 'acessível' universais que pudessem ser encontrados pelo consenso, entre os formuladores do impresso, sem negociação de significados com a estrutura receptora. Parece não existir um reconhecimento(...) que profissionais e clientela são núcleos discursivamente distintos, elaborando significados segundo experiências e mundos identitários próprios." (Rozemberg, 2002:15)*

Sendo assim, o modelo linear de comunicação e educação persiste, e essa é a conclusão do estudo.

Feita a reflexão sobre a construção de material educativo em conjunto com a população, considerei que faltava, após alguns anos tentando amadurecer uma metodologia para a construção compartilhada de material educativo, avaliar tal processo, observar como a população e os profissionais vivenciavam o mesmo. Quais aspectos do material eram destacados pelos grupos onde o mesmo era aplicado? Quais os eixos temáticos mais polêmicos e os menos discutidos? Enfim,

faltava avaliar a construção, a aplicação e vivência do material nos diversos espaços educativos onde ele pode ser utilizado.

Colocado isso, devo então acrescentar que, em final de 1999, enviei projeto de financiamento de pesquisa para o Ministério da Saúde, para elaborar cartilhas de educação em saúde com a participação da população. O projeto seria uma continuação e um aprofundamento do meu trabalho de mestrado, mas o tema gerador não seria mais a SSR, mas sim a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV e AIDS em mulheres com parceiro fixo e de baixa renda.

Para minha surpresa e alegria, o projeto[12] foi aprovado, conseguindo uma verba substancial para a sua realização. Por isso, o estudo teria uma amplitude maior em número de profissionais e população participante, já que a pesquisa se desenvolveria em vários bairros onde o SSC atua.

Assim, durante quase dois anos (de maio de 2000 a março de 2002), em conjunto com 16 profissionais e cerca de 40 mulheres, moradoras de quatro bairros diferentes, foram construídos três cartilhas e um cartaz. Essa experiência, extremamente enriquecedora para mim, fez com que eu decidisse me dedicar a avaliar, não somente o material educativo, mas todo o seu processo de construção e de aplicabilidade e vivência.

[12] Projeto “Produção de cartilhas para educação em DSTs/AIDS na atenção primária da saúde”, projeto 914/BRA/59- UNESCO- / Ministério da Saúde/ Coordenação Nacional de DSTs/Aids.

1.3 O conceito de avaliação no processo educativo, na construção do material, na aplicação e vivência do material elaborado

Entendo que, como estou delimitando o problema em estudo, cabe discutir e refletir sobre o conceito de avaliação que o sustentará. Por isso, nesta parte do texto, farei a exposição de meu conceito de avaliação e esclarecerei quais aspectos da construção, aplicabilidade e vivência do material educativo quero avaliar.

1.3.1 O conceito de avaliação.

Está claro para mim, após leitura realizada (Luckesi,2002;Rabelo 2000; Esteban 2000; 2001;Lima 2001), que a avaliação faz parte do processo educativo e, portanto, o referencial teórico-metodológico que a sustenta é o mesmo do projeto pedagógico que desenvolvemos. Ou seja, a avaliação não está em um "*vazio conceitual, mas sim dimensionada por um modelo teórico de mundo e de educação traduzido em prática pedagógica."* (Luckesi, 2002:28).

Nesse sentido, a avaliação tem obrigatoriamente os mesmos princípios da prática educativa desenvolvida. É importante frisar essa questão porque, na educação em saúde, a avaliação é vista simplesmente como um momento a mais no processo pedagógico, com pouca sistematização.(Aggleton, 1996:193) Reproduz-se, muitas vezes, uma prática de educação em saúde autoritária, de características etnocêntricas e não dialógicas, como foi anteriormente discutido.

Penso que a avaliação é parte importante do processo educativo que pode levar a mudanças no fazer educativo assim como este fazer implica em mudanças no processo de avaliação. (Rabelo,2000:21). Sendo assim, faz-se necessário situar as diferentes tendências teórico-metodológicas da avaliação e em qual delas me situo.

Na tendência pedagógica tradicional, positivista ou normativa o conhecimento somente tem validade se construído de forma científica e objetiva. Assim, avaliar o aprendizado significa estabelecer objetivamente as mudanças visíveis de comportamento diante dos objetivos pré-estabelecidos anteriormente (Rabelo, 2000:.40). Aprender, então, equivale a mudar de comportamento, logo, avaliar significa medir a mudança de comportamento. A objetividade sempre predomina. A subjetividade dos sujeitos e seu mundo cultural e social, presentes no processo educativo, não são considerados nesse tipo de avaliação.

O processo de avaliação da tendência pedagógica tradicional sempre compara os resultados obtidos conforme objetivos pré-estabelecidos unicamente pelo professor , nunca pelos alunos ou em conjunto (professor e aluno). O bom professor é aquele que consegue elaborar um programa objetivo e eficaz dentro do conteúdo a ser estudado, que informa adequadamente o assunto – sempre desde o ponto de vista científico –, e a avaliação é centrada principalmente ao ser concluído determinado conteúdo ministrado considerando apenas o produto final e o aspecto comportamental observado.

A objetividade chega ao extremo quando o aluno é avaliado por outros professores que não aquele que ministrou a “matéria”, na tentativa de retirar qualquer resquício de subjetividade no processo avaliativo. Esse tipo de avaliação

nos parece anacrônico, diante de tudo o que foi escrito sobre a minha proposta pedagógica e o referencial teórico-metodológico que tento seguir. No entanto, ele se faz presente no Programa de Residência de Medicina e Família e Comunidade do SSC. No meu local de trabalho, atualmente, os médicos em processo de especialização são avaliados de acordo com esse referencial.

A avaliação do atendimento ambulatorial feito pelos residentes é realizada por um médico de outra Unidade de Saúde, que não o acompanha cotidianamente no seu fazer ambulatorial. Com isso, os chamados preceptores que acompanham, durante um ano, o residente que será avaliado, não são envolvidos na avaliação, pois poderiam comprometer a objetividade da avaliação com questões subjetivas decorrentes do convívio diário. Ou seja, todo o processo de ensino-aprendizagem é negado. Não com razão, os residentes deram aos preceptores de outras unidades que os avaliam o apelido de “O sombra”, fazendo uma crítica ao avaliador e ao tipo de avaliação empregado.

Seguindo a mesma direção, Perrenoud (1999) se refere também a uma avaliação normativa. A avaliação normativa iria ao encontro do que é classificado de tradicional por Rabelo. Tal avaliação, segundo ele, representa os aspectos culturais do saber legitimado da escola e dos seus professores. Esta avaliação normativa é representada pela arbitrariedade cultural dos programas escolares, da desvalorização do saber como uma lógica certificativa e de seleção (notas, provas) e da definição de êxito e fracasso escolar dentro destas normas restritas. Ainda destaca o poder do professor e o poder de lei da escola para determinar o fracasso ou o êxito do aluno, sempre medidos segundo a capacidade objetiva do aluno de dominar a cultura escolar. (Perrenoud,1999:28). As avaliações são iguais

e objetivas, aplicadas mediante testes e provas, para alunos que, por princípio metodológico da tendência, se encontram em situação equiparável. Considera-se apenas que os alunos estão todos na mesma série escolar, negando todos os contextos individuais, culturais, sociais e econômicos de cada aluno. Assim,

> "*a aplicação de testes, provas e notas faz com se estabeleça uma relação utilitarista com o saber. Os conhecimentos e as competências não são valorizados a não ser que permitam levar notas aceitáveis."(*Perrenoud, 1999:69).

Além disso, na avaliação tradicional, não se estabelece uma relação educativa cooperativa. Ao contrário, são enfatizados elementos como competição, estratégias para ganhar notas, aprovações.

A avaliação na área da saúde, basicamente a avaliação de serviços, é um fenômeno ainda novo no Brasil e que, somente nos últimos anos, vem se incorporando de forma lenta, gradual e, muitas vezes, não sistematizada. (Nemes, 2000: 8)

Cabe destacar que as avaliações de serviços de saúde tiveram início na década de 60. Donabadian (Novaes,2001) instituiu uma espécie de norma de avaliação de serviços baseada em indicadores de estrutura, processo e resultados. Esses aspectos são avaliados conforme "*a sua eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e eqüidade*.". (Novaes,2001). Seus trabalhos sobre avaliação de serviços se popularizaram no final dos anos 80, principalmente no Brasil. Atualmente, a avaliação tem estado presente na maioria

dos discursos dos profissionais de saúde, o que demonstra uma preocupação a respeito.

No SSC, Silvia Takeda (1992)fez um estudo exemplar sobre avaliação de Unidade de Atenção Básica de Saúde, criando indicadores de avaliação, principalmente em relação à qualidade do pré-natal. O estudo, mesmo sendo essencialmente quantitativo, permite mostrar quão gradual é o processo de apropriação da categoria avaliação por parte dos profissionais, pois somente há quatro anos as pessoas das Unidades mostram alguma preocupação concreta com a avaliação.

Um novo estudo avaliativo, realizado por Takeda e Giacomazzi (1999), intitulado “Refletindo sobre Atenção Primária (APS): a experiência do Serviço de Saúde Comunitária Porto Alegre/RS”. Nele, utilizaram-se levantamentos quantitativos (diagnóstico de demanda), e há uma parte qualitativa através de observações e entrevistas semi-estruturadas tendo como roteiro norteador as categorias de avaliação em atenção primária sugeridas por Starfield (1996): acesso, vínculo, longitudinalidade, integralidade, qualidade de atenção, coordenação.

Esse estudo avaliativo se constitui em uma exceção porque tenta esmiuçar como se processam, na prática, os indicadores de avaliação sugeridos. A maioria das publicações do país e mesmo avaliações do SSC se centram na avaliação de programas (Novaes, 2001), ou seja, buscam verificar se determinadas diretrizes ou normas destinadas a uma população alvo foram eficazes ou não. São avaliações que se centram no resultado, o que faz com que sejam limitadas

analiticamente, pois não possibilitam vislumbrar a complexidade dos processos envolvidos nos resultados obtidos. Assim, segundo Denis & Champagne

"enfatizamos que o contexto em que o programa está inserido tem profundas implicações nas mudanças e efeitos pretendidos. (...) Consideramos necessário reconhecer que os efeitos e impactos dos programas são freqüentemente indiretos, e que o fundamental, principalmente em programas complexos, é analisar os fatores que influenciam os resultados". (In: Bodstein, 2002: 40):

Nesse sentido, vários autores da área da saúde tem feito avaliações qualitativas de serviço com o objetivo de avaliar de forma processual as práticas ocorridas nos serviços de saúde (Gomes,2001; Novaes,2001; Minayo,2001; Deslandes, 2001)

Outro aspecto que deve ser destacado na avaliação dos serviços de saúde e que acontece muito comumente são as chamadas "quase avaliações" (Neme, 2001:10). Nelas, há alguma sistematização de situações que permitam "*produzir suficientes <u>evidências</u> práticas para a localização de eventos sentinela (...) identificar processos imediatamente monitoráveis ou ainda evidências que auxiliem a montar futuras avaliações."*

Essas avaliações, segundo a autora, permitiriam julgar, mas não explicar. Para que haja uma boa avaliação, devemos ter como resultado aquilo que nos permita julgar e explicar. É claro que a autora está se referindo a uma avaliação baseada em evidências, de acordo com uma metodologia epidemiológica, em que

existe um objeto a ser pesquisado e, a partir da pesquisa, nos informamos sobre as eficácias e os resultados de determinado programa.

Na educação em saúde, por sua vez, a avaliação segue, com algumas exceções, um caminho normativo e por isso controverso (Aggleton,1996:193). A idéia dominante é que a avaliação seja de resultados e, principalmente, uma avaliação centrada nas mudanças de comportamento (se usou ou não usou camisinha, se lava ou não as mãos para combater a verminose, se parou de fumar, se faz o tratamento conforme indicado, etc.) e isso , é claro, está relacionado com o referencial educativo empregado e já discutido neste texto.

Em outros termos, esse tipo de avaliação tem suas raízes na epidemiologia, nas ciências naturais. Utilizando este tipo de referencial para avaliar as atividades educativas, na verdade, estamos apenas reforçando as classificações existentes, os saberes dominantes, principalmente o chamado saber médico, e descartando a riqueza de toda uma prática cotidiana do cuidar de si. Negamos as diferentes formas de interpretação e explicação dos diferentes momentos do dia-a-dia que as pessoas dão para si. Tais aspectos são abordados também por Bucher & Pedrosa (2000:18), que afirmam ser a avaliação em educação em saúde sempre referida como monitoramento e controle, sem incluir a noção de processo do momento avaliativo.

Como exemplo de avaliação normativa ou tradicional na área de educação e saúde, podemos citar o artigo de Cintra (1998:1-9), em que os autores se propuseram a avaliar um programa educativo para portadores de glaucoma.

A avaliação foi feita da seguinte maneira: primeiramente foi aplicado um questionário sobre os conhecimentos específicos que os portadores do problema

tinham sobre a própria doença. As perguntas que eram feitas no questionário se referem a (1998:5): o que é glaucoma, uso de medicação, efeitos colaterais dos medicamentos, importância do tratamento, finalidade dos medicamentos, valor da última pressão intraocular (PIO), valor norma da PIO, importância da hereditariedade, finalidade da campimetria. Após responder ao questionário, os portadores de glaucoma eram submetidos a uma sessão de grupo de uma hora. Nesse espaço, eram discutidos os assuntos descritos. Após esta reunião,os participantes eram submetidos novamente ao mesmo questionário aplicado antes do grupo e os resultados revelaram que não houve melhora significativa dos conhecimentos dos pacientes de portadores de glaucoma após os grupos educativos a não ser uma discreta melhora na aplicação do colírio que era explicada na prática, durante o curso. Os autores concluem que

> *"A participação do paciente em apenas uma reunião, na qual foi aplicado o programa de orientação, revelou ser insuficiente para a aquisição de grande parcela do conteúdo exposto, principalmente relacionado aos aspectos cognitivos. Esses resultados podem ser conseqüentes ao tipo de processo de ensino- aprendizagem, desenvolvido de forma vertical, que não atende à necessidade de informação dos glaucomatosos e à sua dificuldade de compreensão, decorrente do baixo nível cultural, de escolaridade e fatores psico-sociais relacionados à doença e condições de vida." (*Cintra, 1998:7*).*

Inicialmente, comento que esse estudo se situa no campo avaliativo educativo de resultados, mostrando resultados quantitativos em relação aos conteúdos aprendidos. Os conteúdos são escolhidos pelos profissionais e são somente aqueles que dizem respeito ao chamado conhecimento “científico” do problema. Não há avaliação (no questionário) sobre como é vivenciado, compreendido ou o que significa para os pacientes ser portador de glaucoma. É claro que o questionário é reflexo de uma ação educativa baseada nos mesmos princípios que os próprios autores reconhecem ser verticalizada e insuficiente pelo “baixo nível cultural” dos portadores do problema.

A avaliação feita pelos autores suscita uma crítica ao processo educativo, já que compreendem que a abordagem deve levar em consideração as concepções e significados dos pacientes. (Cintra,1998:7). A avaliação de resultado, de acordo com eles, mostra a deficiência do ensino bancário utilizado, mas não revela como esse ensino foi processado. Alguns elementos do processo podem ser deduzidos a partir das perguntas realizadas no questionário. Os autores sugerem, então, uma abordagem mais simples do problema. Sugerem também a necessidade de elaborar material educativo impresso e vídeo, mas não fazem alusão, no artigo, se o material será mais compreensível ou seguirá a orientação geral da maioria dos materiais educativos, que valoriza somente o saber técnico dos profissionais.

Sabe-se que para prevenir o glaucoma é importante manter uma pressão ocular adequada, o que se consegue através da aplicação diária de colírios específicos. Porém, segundo a visão dos profissionais, as respostas “inadequadas” ao questionário aplicado nos mostram como é difícil inserir tal tratamento no cotidiano da população com dificuldades econômicas, com as

diferentes percepções de horários, a difícil inclusão do tratamento no cotidiano do portador de uma doença crônica, a não melhora objetiva da visão, os efeitos colaterais e a difícil instilação do colírio para uma população de baixa renda onde a motricidade fina é muito pouco estimulada nos seus afazeres diários. Todos esses aspectos dificultam a compreensão e tratamento da doença. Além deles, há mais um agravante,que posso chamar de “abstração” das doenças crônicas, ou seja, somente começam a dar sintomas quando estão em um estágio avançado. É o caso da hipertensão, do derrames (AVC), da cegueira (no glaucoma). Como observei anteriormente, esses aspectos sequer foram abordados no processo de ensino-aprendizagem sugerido no artigo pelos mesmos autores.

Esse artigo demonstra, na verdade, uma contradição presente na maioria dos profissionais de saúde que tentam mudar a própria prática educativa. Eles ainda não compreenderam que os saberes da população e dos profissionais são, ambos, importantes para explicar o problema, pois, tanto o saber médico, quanto o saber popular, é insuficiente. Portanto, há que encontrar um ponto de compreensão e demonstrar as possíveis contradições e limitações de ambos .

Uma outra experiência, a partir de uma educação participativa no que se refere a pacientes diabéticos, nos mostra como o conceito de avaliação está dissociado da proposta pedagógica. O artigo *“Comunicación y educación interactiva em salud y su aplicación al control del paciente diabético”, de* GARCIA (1997:32-36), relata um aprendizado baseado no diálogo, na participação, em que todos os participantes do processo educativo são educandos e educadores, em que se valoriza a subjetividade e o fazer cotidiano do diabético, suas dificuldades e suas dúvidas, para juntos irem construindo um processo educativo-comunicativo

que beneficie o processo de tratamento e qualidade de vida desse indivíduo. Também destaca que essa experiência pode ser anulada por uma avaliação normativa, em que os participantes dos grupos são comparados e classificados, mesmo que positivamente, em relação ao processo educativo participativo, em relação a grupos que não participaram de uma prática pedagógica participativa.

E aqui vislumbra-se a contradição entre processo educativo e avaliação: novamente os itens avaliados (média na prova de conhecimentos; pacientes com conhecimentos sobre alimentação; pacientes com conhecimentos sobre hipoglicemia; pacientes que seguem a dieta; pacientes que seguem o auto-controle diário; valores médios da hemoglobina) seguem uma visão dos saberes necessários para o controle segundo o ponto de vista dos profissionais de saúde. Esses níveis de “excelência” conseguidos em grupos onde se estabelece uma pedagogia participativa são ofuscados mediante uma avaliação que não descreve o processo, opacifica o referencial pedagógico e não constrói conhecimento. Ou seja, uma avaliação que tem um papel classificatório e disciplinador, em que o objetivo final é medir quantos aprenderam os aspectos técnicos necessários para o controle do diabete.

Não estou afirmando que tais aspectos não são fundamentais para a qualidade e sobrevida do diabético, mas certamente para o controle do problema se faz necessário muito mais que o domínio da tecnologia. E mesmo que o domínio desses itens tenha sido conseguido com sucesso, o percentual classificatório não nos diz nada, já que não explica e, portanto, não compreendemos como se desenvolveu o processo no cotidiano das pessoas e como ele foi modificado a partir da apreensão dessas tecnologias. Na verdade, os

percentuais nos levam a mais dúvidas, como, por exemplo: por que 70% das pessoas que participaram dos grupos seguem a dieta ? O que está acontecendo com os outros 30%? (Garcia,1997:35). Por que foram valorizados os 70% que seguem a dieta, e não os 30% que não conseguem fazê-lo cotidianamente? Como era para esses 30% no início do processo educativo e como é agora no final da avaliação? Por que foram “reprovados”? Quais os critérios de reprovação? Quais informações foram consideradas relevantes para avaliar se seguia determinada dieta ou não? Enfim perguntas que não tem resposta por este tipo de avaliação. Fica inclusive a dúvida se realmente o processo educativo foi participativo já que a sua avaliação não demonstra isto.

Cabe ainda destacar que Perrenoud (1999:27) destaca, no processo de avaliação, o conceito de “excelência” de aprendizagem, referindo-se ao que deve ser alcançado no processo de aprendizagem. O conceito de excelência, na avaliação normativa, é definido pelo professor, a escola e o *curriculum*, independente do contexto escolar. Assim, os alunos são classificados entre os que tiveram êxito e os que fracassaram em determinada matéria. No mesmo sentido, as práticas educativas em saúde que visam mudança de comportamento seriam classificadas quanto ao êxito no objetivo “excelente” a ser alcançado (por exemplo: depois de uma atividade de grupo, quantas pessoas começam a fazer uma dieta adequada, quantos não, e isso é o que valida o sucesso do grupo.) Esse tipo de avaliação, em que são preestabelecidas as “excelências” ou competências que o grupo deve alcançar, descarta qualquer possibilidade de construção conjunta de conhecimento e práticas.

Ainda um outro tipo de avaliação normativa citada por Rabelo (2000:44) é a avaliação que segue um referencial racionalista. Essa tendência "*despreza a ação do objetos sobre o sujeito"* .(Rabelo,2000:43) O autor cita aqui a teoria da Gestalt, que privilegia um "*modelo lógico, analítico, hipotético, independente da experiência, mas aplicável a ela.." .* Nesses estudos, é valorizada a auto-avaliação e os aspectos afetivos e emocionais que interferem na aprendizagem. É respeitada a individualidade, mas sem interagir com o contexto mais amplo. A interação se dá somente com seus processos internos e de personalidade, descartando aspectos históricos que fazem parte do processo educativo. (Rabelo, 2000:45).

Luckesi (2000:30) também classifica as tendências pedagógicas e sua correspondente avaliação conforme o modelo político da sociedade. Assim, ele afirma que o modelo liberal conservador produziu três pedagogias diferentes entre si, mas com o mesmo objetivo de preservar a sociedade liberal. Seriam essas pedagogias: a *tradicional,* que objetiva a transmissão de conteúdos, está centrada na figura do professor e relacionada com aquela educação positivista descrita por Rabelo (*op.cit*); uma *pedagogia renovada ou escolanovista* (Luckesi,2000:30), em que a subjetividade e a espontaneidade são seus principais objetivos e que se relacionam com a teoria da Gestalt citada por Rabelo; e, finalmente, uma pedagogia tecnicista centrada no princípio do rendimento. Todas essas formas de fazer educação teriam uma avaliação disciplinadora, tanto cognitiva, quanto social, sempre tendo como referencial a cultura escolar dominante.

Se formos considerar a avaliação somente como produto a ser medido e quantificado, estaremos, artificialmente, cortando o processo educativo de forma

arbitrária, já que o processo de aprendizagem é individual, com ritmo próprio e dependente de fatores sociais, individuais, culturais, sociais e econômicos. Tais fatores são carregados pelo “aluno” em todas as situações de ensino-aprendizagem.

Acredito que a avaliação normativa é insuficiente para contemplar as diferentes formas de fazer educação em saúde, principalmente, devido ao referencial teórico-metodológico aqui proposto, já que é necessário contextualizar o processo avaliativo das ações educativas em seus aspectos culturais, sociais, de gênero e econômicas e em como elas se processam nas complexas relações. (Bastos,2000). Além disso, o chamado impacto nas ações educativas se referem mais a um vir a ser, no sentido de construção e de procura de um cotidiano que possa ser modificado, visando uma melhoria na qualidade de vida. (Pedrosa, 1998:58).

A utilização de um referencial normativo para avaliar nos leva à classificação, quantificação, homogeneização e exclusão das diferenças no processo pedagógico. Impossibilita o diagnóstico e a descrição ao classificar “*um objeto e um ser humano histórico em um padrão definitivamente determinado.” (*Luckesi,2002:34), reforçando a fragmentação e o julgamento da avaliação de prática educativa, não como um momento de reflexão e de retomada em outro patamar do fazer pedagógico, mas como um ponto final que não auxilia no crescimento e avanço pedagógico.

Assim, ao invés de propor uma avaliação normativa, sugiro fazer uma avaliação do processo educativo ou diagnóstica (Luckesi,2000:35). Esse tipo de avaliação permitirá fazer um movimento dialético entre a situação pedagógica

atual e a situação pedagógica desenhada como objetivo a ser alcançado. Além disso, estarei incluindo o contexto em que se desenvolve a ação educativa, lembrando que ele inclui, também, a dimensão singular dos sujeitos envolvidos.

A avaliação de processo é considerada, segundo Session (2001:12), como o tipo mais básico de avaliação, o mais descritivo, já que relata o que está acontecendo.Ao meu ver, tal avaliação pode determinar se alguns objetivos do processo foram alcançados ou não, conforme os instrumentos de pesquisa utilizados na avaliação. Ou seja, no processo, pode-se avaliar resultado, entendendo-o, não como questões a medir por meio de indicadores, mas também os detalhes do próprio processo que está sendo avaliado . Esses detalhes descritos podem ser o resultado de determinado processo, e os resultados podem estabelecer explicações de como uma atividade funciona ou não, além de mostrar quais aspectos merecem ser destacados ou podem servir de guia inicial para processos semelhantes. Então, na verdade, os resultados se referem ao processo em si, ao seu desenvolvimento e ao modo como cada um dos sujeitos envolvidos participou dele.

A avaliação do processo educativo nos permite ver a totalidade do processo sem ser fragmentado pela avaliação dos produtos quantitativos, mas sim "*as diferenças entre os alunos que são assumidas como peculiaridades que devem ser trabalhadas e incorporadas pelo movimento coletivo, deixando de ser compreendidas como deficiências que precisam ser corrigidas"* (Esteban,2000:22). Perrenoud (1999:31) fala sobre a avaliação formativa enquanto uma avaliação processual, contínua e individual do processo educativo, em que a descrição, e não a quantificação, é seu principal elemento de avaliação. Ou seja, há uma

descrição de todos os momentos de ensino aprendizagem de que o aluno faz parte. A avaliação formativa é *"toda avaliação que ajuda o aluno a aprender e a se desenvolver, ou melhor, que participa da regulação das aprendizagens e do desenvolvimento no sentido de um projeto educativo."* (Perrenoud,1999:104). Em outras palavras, é uma educação participativa, interativa transparente e essencialmente cooperativa já que é feito um contrato didático entre os participantes do processo educativo, como ele será regulado e como será avaliado. A avaliação formativa é trabalhosa, mas inclui de forma ativa a avaliação ao processo de aprendizagem. Nesse tipo de avaliação, não há reprovação, mas processos que estão sendo construídos de forma individual e em grupo.

Um exemplo de avaliação formativa e de processo pode ser a experiência relatada por Rabelo (2000:75-117). Alunos da sexta série participaram e fizeram valer um contrato de avaliação para as aulas de matemática. Foram construídos em conjunto, professor e aluno, os passos a serem avaliados nos diferentes conteúdos, de forma coletiva e individual, com a ajuda e a compreensão solidária de todos os participantes do processo, assim como a construção crítica individual dos diferentes objetivos coletivos alcançados individualmente. O grupo construiu seu próprio conceito de excelência, que estava relacionado com os conteúdos administrados e com aquilo que o grupo conseguiu compreender. Esse processo levou em consideração as dificuldades apresentadas no cotidiano escolar dentro de contextos complexos que envolvem aspectos individuais, sociais e culturais.

Luckesi (2000:43) fala da avaliação como diagnóstico, que nos daria elementos para a compreensão do processo do aluno, da construção de avanços, reconhecimento dos caminhos percorridos e dos caminhos a serem seguidos. Um

exemplo desse tipo de avaliação, cabendo observar que se trata de uma avaliação processual de serviços de saúde, pode ser a pesquisa realizada por Filgueiras e Deslandes (1999). Nela, as autoras avaliam o processo de aconselhamento para pessoas que vão aos diversos Centros de Saúde para solicitar testagem do HIV e assistência a portadores de HIV/AIDS.

Cabe observar que a prática de aconselhamento tem manuais sobre como deve ser feito, e várias oficinas e treinamentos forma realizados em todo país para desenvolver essa proposta de prevenção centrada na pessoa. O aconselhamento é definido como segue:

> *"Como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação"(MS,1997 a:11) (Filgueiras & Deslandes, op.cit. 3) (Grifo meu)*

Diante do processo de aconselhamento discutido e colocado em prática verificou-se que o seu maior problema era que os profissionais substituíam a atividade de escuta do outro, a percepção do paciente, pela leitura pura e simples das perguntas para obtenção de respostas a serem registradas seguindo questionário padronizado.

Inúmeros fatores foram levantados para "compreender" essa atitude da maioria dos profissionais e esse processo, claramente estabelecido, com

diretrizes, questionamentos e vasta literatura, que foi modificado de forma tão radical pelos profissionais no seu cotidiano. A compreensão de tal atitude, ao meu ver, não foi esmiuçada de forma aprofundada, pelo menos no artigo citado, já que o mesmo está baseado somente nas observações feitas nos diferentes ambulatórios. O artigo não se refere a resultados das entrevistas semi-estruturadas que talvez pudessem dar respostas mais aprofundadas sobre o modo como as subjetividades e ações interferem no processo dado. Mesmo assim, trata-se de uma avaliação de processo extremamente interessante, pois mostra, através da observação, os detalhes do cotidiano, todo o processo de aconselhamento e como a avaliação indica caminhos para a ressignificação e reconstrução por parte de todos aqueles que participam da atividade.

Ainda sobre o conceito de avaliação, devo destacar dois aspectos importantes. O primeiro deles é que esse é um conceito histórico, motivo pelo qual, no decorrer da história, ele tenha mudado e, atualmente, se encontre em fase de transição e conflito entre uma avaliação normativa – ainda predominante, tanto na vida escolar, como na educação em saúde – e uma avaliação de processo, diagnóstica e dialógica.

Nesse sentido, Romão (2002) refere que a proposta histórica e política da avaliação estaria relacionada com a manutenção ou transformação da estrutura global da sociedade. Assim, uma avaliação centrada na normatização – cuja essência metodológica está na racionalidade instrumental e tecnológica de resultados e nos objetivos previamente estabelecidos de forma vertical – necessariamente leva à discriminação e à exclusão dos “menos capazes”

(Romão.*op.cit.* p. 45). Uma avaliação centrada no individualismo e no mérito leva ao fim o diálogo e a solidariedade.

Por outro lado, a avaliação de processo daria a possibilidade de estabelecer as necessidades e dificuldades, buscando a superação e inclusão dos sujeitos envolvidos no processo educativo. Assim, o autor declara que há uma relação direta entre a avaliação normativa e a estrutura social predominante no país que segue uma tendência à exclusão. Assim, no meio escolar, onde predominaria essa modalidade de avaliação, na verdade, se reproduziria a exclusão social que o sistema do capital insiste em perpetuar. Todavia, como a estrutura de exclusão também é histórica, há uma tendência a mudanças que possibilitam a inclusão, ou seja, uma avaliação calcada no diálogo e na construção conjunta do saber.

> *"Felizmente, por mais hegemônica que seja, a ideologia da meritocracia, da seletividade e da exclusão e seus procedimentos correpondentes encontram-se em movimento dialético, ou seja, apresentando-se, ao mesmo tempo, como necessária e contingente. Necessária porque decorrente da gênese e evolução de forças históricas desfavoráveis à solidariedade; contingente, porque reversível." (Romão,55)*

Nesse contexto, então, de possibilidade de mudança da avaliação cito o trabalho de Lauriti (2002), que se refere a uma avaliação intersubjetiva. A autora, citando Habermas, coloca a possibilidade, mesmo sendo difícil já que requer uma mudança cultural, a perspectiva de trabalhar com a construção de consensos intersubjetivos, coletivamente construídos. Ou seja, ao invés de iniciar o processo

de avaliação com contextos comunicativos definidos e assegurados, o grande desafio é construir através do diálogo, argumentação e problematização, contextos que tenham validade para todos os participantes. Exercitar a palavra entre o eu, o tu e o outro é o grande desafio. O resultado desse processo avaliativo, em geral, é a cooperação, empatia, eqüidade, solidariedade e negociação.

Desse modo, o educador teria o papel de mediador das ações educativas, possibilitando as negociações entre os atores para impulsionar *"a busca de auto-desvelamento e de auto-aperfeiçoamento dos avaliados"* (Lauriti,2002:116)

Diante do que foi colocado, optei por fazer uma avaliação de processo da construção, aplicação e vivência do material educativo elaborado em conjunto (profissionais e população) para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS.

Ainda sobre os conceitos de avaliação, faço uma reflexão, a seguir, de como é desenhada, atualmente, a avaliação do material educativo.

1.3.2 As tendências atuais na avaliação do material educativo

A avaliação de material educativo é feita, na maioria das vezes seguindo linha teórica de causa e efeito e, por isso, avaliando itens isolados do material (linguagem, diagramação, capacidade de leitura, algumas categorias específicas como corpo, gênero, sexualidade, etc.), o que não deixa de ser uma avaliação normativa. Comento, a seguir, alguns desses estudos.

Lacerda (2002:125) faz um estudo sobre os conceitos de corpo veiculados por vídeos educativos utilizados em práticas educativas em São Paulo. Disserta sobre os diferentes conceitos de corpo empregados e sua oposição entre os conceitos utilizados pela população e os utilizados pelos materiais. Um outro trabalho, realizado por Vargas (2000), avalia as imagens que são veiculadas em vídeos educativos sobre corpo e sexualidade e como são analisadas por profissionais de saúde que se utilizam dos mesmos para realizar atividades educativas. Os resultados se referem a que os vídeos educativos não mostram a realidade cotidiana da população em relação ao seu corpo e sua sexualidade. Tratam os assuntos de forma geral e higiênica e com uma visão exclusivamente biomédica, excluindo os contextos familiar e sócio-cultural da discussão. O outro material avaliado no mesmo estudo, chamado “Jogo da Onda”, discute a questão da prevenção do uso de drogas nos jovens. A crítica em relação ao material segue a mesma linha dos vídeos, enfatizando a necessidade de discutir questões de gênero e relações familiares. Ambos os grupos destacam a importância da discussão desses aspectos não contemplados no material.[13] Concluem as autoras que há necessidade de incluir o contexto sócio-cultural nos assuntos abordados.

[13] As autoras do “Jogo da Onda” são as mesmas do jogo ZIG-ZAIDS, comentado posteriormente. Em artigo, Rabelo e Monteiro (2000:222) as autoras comentam o jogo e colocam algumas cartas do mesmo que destaco a seguir: Exemplo de carta verde: André estava em uma festa com um grupo de amigos quando Murilo apresentou uma “carreira”. André não quis experimentar e seus colegas disseram que ele era um otário. Pedro, apesar de também não querer, resolveu cheirar para não ficar mal perante os colegas. Qual a sua opinião sobre a atitude de André e Pedro? MENSAGEM: André não estava sendo otário de modo algum. Pedro, sim, foi otário ao se omitir , não seguindo o próprio desejo para ser legal com o grupo. Cada um é especial , tem suas preferências e interesses. É importante respeitar a si próprio e ao outro. Assuma sua opinião, mesmo que ela seja diferente da opinião da maioria

Isso propicia uma identidade com o material a ser utilizado, passando o receptor a ser ativo e não meramente um vazio a ser preenchido.

As relações de gênero são objeto de outros três estudos selecionados, que discuto a seguir.

Roso (2000) na sua dissertação de mestrado avalia o quanto as propagandas televisivas dirigidas às mulheres reforçam e cristalizam, na forma de ideologia, as relações entre homens e mulheres. Ela faz um estudo com grupo focal e entrevistas individuais semi- estruturadas, em que destaca como resultados a dificuldade das campanhas televisivas, já que as mesmas se utilizam de um discurso contraditório. Se, por um lado, estimulam a prevenção em relação à AIDS, ressaltando o uso da camisinha, por outro lado, reforçam simbolicamente as relações de gênero estabelecidas, em que domina o poder masculino, sempre destacado como superior nas propagandas: mais forte, mais inteligente, mais corajoso, mais responsável mais criativo ou mais racional (Roso, 2000:9). Ao mesmo tempo, essas propagandas falam que a mulher tem que usar o seu poder para propor o uso da camisinha.

Contudo, como mostra a autora, as mulheres têm críticas em relação aos materiais televisivos. A maioria delas os considera importantes, mas eles são reinterpretados a partir do contexto sócio-cultural de cada uma das participantes da pesquisa. Uma das propagandas que mais as impressionou é a intitulada “Galinha”. Nela, a mulher é representada por uma galinha (mesmo), que fica ciscando em todo o terreno. Depois, a propaganda diz “use a camisinha”. As mulheres concordaram com a simbolização da mulher através de uma galinha (o que evidencia mais uma relação dicotomizada entre Geni (galinha) e Amélia (dona

de casa), mas não se identificaram com o tema proposto, já que elas não se consideram “galinhas” como coloca a autora a seguir

> *“elas não se identificam com o termo “galinha” (...)Algumas não entendem o significado da “galinha”, outras ficam indignadas, pois o termo que deveria, no senso comum , referir-se a uma parte da população feminina (mulheres que variam muito de parceiro) passa a servir ao todo (mulheres em geral). Essa é uma estratégia bem peculiar denominada de sinédoque[14]- através da qual a ideologia pode operar para obscurecer, negar ou ocultar relações de dominação de gênero. (Roso, 2000:11)*

A maioria das propagandas recebeu várias críticas no que se refere à construção de gênero ali colocadas. As mulheres criticam a ausência de mensagens para os homens, a padronização das mulheres em dois tipos (a Amélia, mulher submissa e vítima, e a Geni, mulher galinha e com múltiplas parcerias) e dos homens (o Ricardão, estereótipo do machão, e o José, o novo homem que estaria por vir), reforçando a visão dicotômica das relações de gênero (Roso,2000:6-11), e não a construção de processos relacionais, em que Amélias, Genis, Ricardões e Josés, além de outras personagens, se misturam e vão construindo novas mulheres e homens.

[14] *sinedoque*: utilizar o significado, que se funda na relação de compreensão e consiste no uso do todo pela parte, do plural pelo singular, etc., ou vice-versa. (Dicionário Aurélio)
.

Além disso, a maioria das propagandas mostra a superioridade masculina e reforça a submissão das mulheres, destacando a ordem relacional de gênero estabelecida. Cabe destacar que, nesse estudo, também as entrevistadas fazem uma crítica à discriminação às mulheres pobres e negras. Nos anúncios televisivos trabalhados, elas sempre aparecem não sabendo se proteger, não sabendo nada e fazendo "um monte de filhos" (Roso, 2000:19). Novamente, mostrando uma pedagogia educativa tradicional e uma ação comunicativa linear, em que "os vazios de saber dos pobres precisam ser preenchidos pelos saberes dos ricos" que são necessários a todos para se cuidarem e se prevenirem em relação a AIDS.

> *"As formas simbólicas são construídas como se ser pobre significasse ser desprovido de saberes: as pessoas ricas sabem se cuidar, como se proteger, as pessoas pobres só sabem fazer um monte de filho. Se isso é só o que elas sabem, alguém tem de dizer a elas como se cuidar e, nessa trama de mensagens, a ideologia vai operando e estabelecendo quem domina quem." (Roso, 2000: 19)*

No estudo, são dadas diversas sugestões em relação às propagandas televisivas para a prevenção da AIDS. Todas sugerem maior objetividade, clareza e simplicidade no conteúdo. Sugestões, estas, que não diferem das minhas posições ou dos estudos analisados mais adiante. Também é sugerida a elaboração de materiais para os homens, a exclusão dos aspectos discriminatórios étnicos, raciais e de gênero, e a discussão sobre a presença de todas as populações vulneráveis ao HIV como homossexuais, bissexuais,

mulheres usuárias de drogas, jovens e crianças (Roso, 2000:20). A questão da fidelidade/infidelidade também deveria ser discutida. Finalmente, conclui-se que as propagandas televisivas para a prevenção da AIDS devem partir do cotidiano, da realidade das mulheres.

> *"(...)elas pensam que as propagandas têm de mostrar a realidade como ela é, mas, em vez de centrarem-se em aspectos discriminatórios, que perpetuam as relações de dominação de gênero, elas tem que mostrar as qualidades das mulheres(...)já que a mulher não é tão passiva assim, faz parte do processo, e precisa ser mostrada ativa nas propagandas. " (Roso, 2000:20-21)*

A autora conclui dizendo ser necessário que as propagandas sejam revistas, que não veiculem as relações de dominação como algo natural e imutável e que a lógica binária da dominação (masculino/feminino; Amélia/Geni; Ricardão /José; Amélia/Ricardão etc,) seja reconstruída. Questiono-me se tal conclusão é suficiente. Mais uma vez, a análise a partir de uma categoria (gênero) impede a visualização da totalidade do problema das propagandas televisivas dentro de um contexto pedagógico já que é esse o seu fim. As propagandas televisivas, os folhetos, as cartilhas e os cartazes fazem parte do processo educativo, como auxiliares, para estimular uma discussão, reafirmar uma conversa no consultório ou para conversar com os vizinhos e parentes. Enfim, esses materiais podem ser utilizados nos mais diversos espaços educativos: em uma unidade de saúde, na casa de um usuário, na rua ou nos locais de convívio. Ou

seja, são elementos pedagógicos e, como tais, veiculam ou reproduzem várias representações. A de gênero é apenas uma delas.

Esta veiculação, no entanto, não se faz dentro da perspectiva dos estudos culturais, como gostariam os autores (Roso,2000; Santos,2002; Meyer,2003). Faz-se dentro de um referencial pedagógico normativo e tradicional, que valoriza o senso comum com o objetivo de perpetuar as relações de poder e dominação consolidadas historicamente. E isso se refere às relações de gênero, às relações de classe, às relações de etnia. Ou seja, um cotidiano não problematizado, que não favorece o estranhamento, o diálogo e a participação. Então, sugerir que a categoria gênero seja incluída nos materiais educativos não é suficiente para haver uma mudança pedagógica nos mesmos. É necessário definir o referencial teórico-metodológico desses materiais. Se não houver tal mudança, as categorias serão apropriadas e interpretadas conforme a visão positivista, tradicional e etnocêntrica de quem elabora o material, como vem acontecendo com a maioria dos materiais educativos disponíveis.

Freqüentemente, isso é observado nas campanhas educativas, principalmente as televisivas, em que, por exemplo, focalizam situações do cotidiano, mas essas situações reforçam estereótipos e papéis sexuais construídos culturalmente e localmente, mas não provocam estranhamento, não problematizam, ou seja, “largam” as propagandas com um objetivo educativo, mas o que vivenciamos na prática é que elas reforçam preconceitos e estigmatizações. Sem dúvida, fazem parte de uma tendência educativa tradicional com algum viés relativista “mal empregado”, como podemos ver na propaganda televisiva

“Negociação”, utilizada por Meyer (2003) (ANEXO 7) no seu estudo de avaliação sobre propagandas televisivas dirigidas às mulheres.

Essa propaganda relata o encontro de um casal em que a mulher propõe o uso do preservativo. O homem resiste, inicialmente, mas ela insiste. No momento que ela insiste e está quase conseguindo “convencer” o parceiro, uma voz masculina, “em off”, fala o seguinte:

“Tem horas que uma moça bem comportada tem que virar uma mulher sem vergonha... De se cuidar até dizer não.”

Após essa fala, o homem pega a camisinha, e o foco da tela vai ficando cada vez menos nítido, mostrando de forma borrada o início de uma relação sexual entre eles. A propaganda termina com os dizeres “Evite a AIDS. Quem ama, se cuida”.

Esse anúncio televisivo mostra como pode ser equivocada a apropriação de categorias como negociação e relações de gênero. Posso entender o objetivo geral do anúncio como uma forma de estimular as mulheres a negociarem o uso de preservativo com seus parceiros. Todavia, há aspectos negativos que não podem deixar de ser destacados. O primeiro deles é que a propaganda, endereçada a mulheres, não faz nenhum tipo de distinção sobre o tipo de relacionamento em questão: estável, passageiro, marido e mulher, transa eventual, entre namorados, etc. Parte, então, do princípio de que existe um tipo de mulher e um tipo de relacionamento, já que, ao não especificar, homogeneíza. Eis aí um problema que talvez pudesse ser superado se o material fosse discutido em grupos formados por mulheres com parceiro fixo ou mulheres com transas eventuais, etc... Desse modo, na realidade do espaço educativo, poderia “se

direcionar" ao público-alvo. Tal "direcionamento" acontece, muitas vezes, nos postos de saúde, já que os materiais não são específicos social ou culturalmente. Ou seja, se referem a um homem ou a uma mulher de forma genérica e remetem à realidade da classe média dominante, como podemos ver na continuação da descrição desse material. São colocadas cortinas flutuando ao vento, baby-dolls, abajures e quartos exclusivos para os casais, situações bastante incomuns para mulheres de baixa renda, pelo menos para aquelas com quem eu convivo, na minha prática diária como médica, em um bairro de periferia de Porto Alegre.

Quero, na verdade, me deter no que considero mais importante, na frase que acredito ser a principal da propaganda e que está em negrito na descrição. A frase "*Tem horas que uma moça bem comportada tem que virar uma mulher sem vergonha... De se cuidar até dizer não."* demonstra toda a perversidade de uma mensagem tipo *sinedoque* discutida anteriormente. Ou seja, o objetivo é que as mulheres negociem o uso do preservativo, mas, por outro lado, é utilizada uma frase masculina de classe popular, que é o senso comum de muitos maridos. Segundo mulheres que discutem negociação, para "o seu homem", a esposa que tenta negociar com seu parceiro é considerada sem vergonha ou muito sabida para questões de sexo. Essa é uma das dificuldades que as mulheres apresentam como argumento para resistirem ao uso do preservativo. Desconstruir essa frase culturalmente arraigada e ver o que ela significa para as mulheres de baixa renda demanda um processo de melhora da auto-estima, de cuidar de si, de desvincular o uso do preservativo a restritos códigos morais. Negociar o uso do preservativo é mais do que isso. É construir de forma processual, e por isso lenta, um diálogo que passa por todas as negociações do cotidiano dessas mulheres. E a

negociação tem inúmeras estratégias e, como foi dito, nunca é direta e objetiva; nunca passa pela frase “vamos usar a camisinha por causa da AIDS”, tampouco passa por uma mulher tornar-se mais sem-vergonha e sabida. É um processo que busca, sim, resgatar uma relação entre homem e mulher em que o diálogo, no seu mais amplo sentido, se estabeleça, e as relações patriarcais de poder deixem de ser as predominantes.

O anúncio televisivo pedagógico em questão, ao reforçar a fala masculina, reforça também as relações patriarcais estabelecidas. Reforça a visão masculina do problema já que destaca na mulher uma fala de origem masculina, passando a considerá-la feminina e verdadeira. Reforça a dificuldade das mulheres em desfazer uma visão dicotômica das relações sexuais ditas seguras em que “a mulher do lar não usa camisinha porque confia” e “a mulher sem-vergonha usa camisinha porque não pode confiar”. Ou seja, essa propaganda reitera as dificuldades da negociação, ao invés de trabalhá-las, e destrói os processos que poderiam estar em construção visando superar tal visão de gênero. Reforça aquilo que culturalmente a mulher de baixa renda não quer ser: sem vergonha. Ou seja, uma pedagogia ao avesso, que usa as mulheres para reproduzirem a norma patriarcal estabelecida.

Não há uso do conceito de negociação no vídeo, assim como o conceito de relações de gênero não é usado dentro da perspectiva dos estudos culturais, mas sim em um senso comum exemplar. O que vemos é uma valorização, através de uma fala masculina, colocada em corpo feminino, no senso comum e fora da realidade. Embora revele uma visão etnocêntrica masculina de classe popular, o vídeo é ambientado em um quarto de classe média, submetendo simbolicamente

a mulher de baixa renda, a mais atingida pela epidemia, a esses princípios. Significa dizer que a propaganda não questiona, problematiza ou dialoga. Segue uma pedagogia etnocêntrica e, portanto, ineficaz para a prevenção da AIDS entre mulheres de baixa renda com parceiro fixo.

A mesma avaliação é feita pelas agentes de saúde que participaram do estudo de Meyer (2003) na qual elas se referem à propaganda “Negociação” com as seguintes palavras:

> *“...E que essa propaganda, assim, é cheia de sugestão.. .na nossa realidade não tem sugestão...tem 4 ou 5 filhos, tudo na mesma peça... de uma chance(de transar) , vamo lá” (GFM1-ACS-11)*

> *“É uma realidade bem diferente. Eles estão lá, numa boa, num motel bem chique. É uma coisa assim, muito fora da realidade... A realidade do dia-a-dia é pesadíssima...”(GFM1-ACS4)*

Santos (2002), na sua tese de doutorado, analisou cerca de setenta anúncios televisivos de 1986 a 2000. Ele divide as campanhas em dois grandes grupos. O primeiro corresponde ao período de 1986 até 1994 e se caracteriza por campanhas como de um ‘discurso publicitário biomédico”, em que predominam a linguagem técnica, cenas de hospitais pacientes, camas hospitalares, médicos e enfermeiras de branco, camas hospitalares e doentes de AIDS em fase terminal: esquálidos, moribundos, em pele e osso, sem forças, sem poder caminhar ou andando deformados pelo Sarcoma de Kaposi.

A imagem da AIDS veiculada nesse período estigmatizou de tal forma os portadores de HIV/AIDS que, até hoje, mesmo com aumento espetacular da sobrevida graças ao coquetel de medicação que os pacientes com AIDS fazem uso, a imagem que imediatamente vem para as pessoas quando se fala em AIDS é a da morte descrita pelos anúncios televisivos desse período. O uso do medo como recurso pedagógico é a tona destes anúncios.

O segundo grupo a que se refere o autor é denominado “discurso publicitário comercial”. Nele, :

> *“Os anúncios assumem uma linguagem mais comercial, procurando apresentar não apenas informações biomédicas, mas sobretudo, transmitir determinadas mensagens, enfatizar a mudança de determinados tipos de comportamentos, sugerir a adoção de determinadas práticas sexuais em detrimento de outras, bem como fazer propaganda das propriedades do preservativo.” (Santos,2002.In: Meyer, 2003:13)*

Porém, Santos destaca que, apesar desta mudança de marketing nas propagandas, o discurso biomédico continua marcando as explicações sobre a epidemia do HIV/AIDS, principalmente no que se refere a uma sexualidade medicalizada e higienizada, digna ou normal.

Pina (2003:160) discute também como as questões de gênero e sexualidade são abordadas nas campanhas televisivas da metade dos anos 80 e início dos anos 90. No primeiro período, predomina um discurso velado sobre sexualidade, de caráter informativo, e a doença é associada a perigo e morte.

Já a partir da década de 90, há um discurso aberto em relação à sexualidade, além de ser uma tentativa de romper com os conceitos de risco, mas não com os conceitos de gênero, como afirma Meyer (2003:64), em que as representações de “mulher sem-vergonha” e “traidor responsável”, veiculadas em vídeos educativos na década de 90, reforçam e “*reiteram as relações, comportamentos e/ou práticas de gênero e sexuais que os discursos críticos, assumidos de forma mais visível, pretendem ajudar a romper” .*

Já em relação aos aspectos do conteúdo dos materiais educativos, Pimenta (2003:160), através de uma análise dos vídeos educativos para prevenção da *leishmaniose,* conclui:

> *“com referência ao conteúdo narrativo, observamos a preponderância de informações científicas descontextualizadas, imagens banalizadas e pouco criteriosas, que não estimulam a reflexão crítica sobre os determinantes sociais da doença, a leishimaniose e o doente sendo representados através de imagens estereotipadas e preconceituosas que suscitam sentimentos de horror e piedade. Ao contrário do que se poderia esperar de vídeos com objetivos educativos, os materiais analisados contribuem para reforçar mitos e as discriminações sociais existentes...”*

Whisnat (1975:8125), na sua avaliação do material educativo sobre menstruação e adolescentes, também sugere que nos materiais educativos sejam incluídos aspectos psicológicos e cognitivos que causam grande ansiedade nas adolescentes e que não são discutidos no material por ele avaliado. Vivian

(1980:129) sugere que, antes de qualquer distribuição de material educativo, seja utilizada uma escala de leitura utilizada no seu país (EUA), pois os materiais veiculados por empresas farmacêuticas e de organizações públicas exigem uma alta capacidade de leitura, acima da média da população americana. Encontrei vários artigos nessa linha de avaliação, utilizando diversas escalas (desconhecidas por mim), com o objetivo de avaliar a capacidade de leitura do material impresso disponível. A maioria destes estudos é da década de 90, tanto da Europa, como dos Estados Unidos. Michiulutte (1990:55); Meade (1992:51-55); Merrit (1993:415-20); Estey (1993:278-82); Feldman (1994:284); Dollahite (1996:123); Glazer (1996:185-9,); Bauman (1997:51-9); Smith (1998:140-4,); Freda (1999:771-4,), Chung (2000:49-52) apontam também o alto grau de capacidade de leitura exigido nos panfletos educativos, impossibilitando a leitura principalmente para os mais pobres, os velhos, imigrantes asiáticos e latinos (mesmo em panfletos bilíngües). Os estudos de Jazieh (1999); Campbel (1999); Freels (1999); Husted (1999) não se referem ao conteúdo dos materiais, mas investigam se os leitores realmente leram o material, se tiveram impressões positivas ou negativas dos mesmos e se a leitura os ajudou nas situações-problema abordadas nos diferentes materiais. Mumford (1997:985-99) destaca que, apesar de todos os estudos feitos em relação às dificuldades que os leitores do material têm na sua leitura, poucos progressos há na mudança do material. Segundo a pesquisa por ele realizada nos últimos 40 anos, a leitura dos materiais está cada vez mais difícil, exigindo níveis universitários e de pós-graduação para sua compreensão.

Em estudo realizado em 2000, nos EUA (Mohrmann 2000), avaliou 61 folhetos para a prevenção de Câncer de Mama dirigido a mulheres afro-americanas com baixa escolaridade e renda. De todos os folhetos avaliados, somente quatro eram adequados a realidade sócio-cultural daquelas mulheres, confirmando então a premissa (tanto lá, quanto aqui) de que a grande maioria dos materiais impressos são inadequados para o público-alvo a que se destinam. As sugestões dos autores para amenizar o problema é que os materiais sejam testados, antes da sua distribuição ampliada, pela população-alvo.

A avaliação por grupos focais formados por pessoas representantes da população-alvo é a base do artigo de Foltz (1999:145-50). Nele, o autor faz uma avaliação qualitativa, através de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas, de folhetos sobre quimioterapia.As conclusões do autor são de que as pessoas dos grupos focais preferem as cartilhas escritas de forma simples e direta, sem uso de uma linguagem rebuscada, e destacam a necessidade de incluir discussões sobre aspectos emocionais e sexuais em relação ao paciente que faz quimioterapia, que não são colocadas nos folhetos.

Cahill (1990:42-3) relata a experiência de uma cartilha, elaborada por especialistas em puericultura do Ministério da Saúde dos EUA, que foi rediscutida por grupos focais da população a que se destinavam, e as sugestões levantadas pelos grupos foram consideradas na reelaboração do material.

Pelas minhas leituras, esses artigos não relatam avaliações feitas através de discussões de grupo ou entrevistas semi-estruturadas, com exceção do estudo de Fotz (1999:145-50). Na verdade, são aplicadas, nos grupos, escalas de leitura variadas (Flesh Reading Ease, FRE; Flesh-Kincaid,F-K; SMOG,FLOG, Fry), que

quantificam o grau de capacidade de leitura, e escalas de Avaliação de Sensibilidade Cultural (Cultural Sensivity Assessmente Tools – CSAT), que também quantificam as especificidades culturais do material. Assim, conforme a quantificação das diversas escalas ou testes, os materiais são modificados.

Um outro estudo (Roberts:1982) avalia o uso de material educativo auto-aplicativo (self-teaching booklet). O estudo conclui que há a necessidade de sempre aliar o material a atividades educativas coletivas ou individuais, já que o material auto-aplicativo não seria suficiente para construir novos conhecimentos.

Bertakis (1986:210) avalia, através de um questionário fechado, a apreensão de conteúdos relacionados em um manual para a saúde da família. Quem tinha o manual respondeu de forma correta (96,8%) às perguntas sobre diversos temas sobre problemas de saúde da família. O grupo que não tinha lido o manual teve um nível de acertos de 76%. A maioria também defende que o manual está bem escrito e é útil para entender o tratamento das doenças descritas. Novamente, nessa avaliação, as perguntas somente se referem ao conteúdo “científico” do material.

Lehman (1987) destaca a avaliação da campanha nacional de prevenção da AIDS na Suíça, onde, no primeiro momento, foram distribuídos pelo correio cartilhas discutindo o assunto. Duas semanas depois, foi mandado aerograma, em que eram pedidas respostas a diferentes questões. A maioria (57%) tinha lido o material e tinham informações mais claras e precisas sobre prevenção do que aqueles que não o receberam. Contudo, isso não significou o uso da camisinha.

Nesse mesmo sentido, na Suécia (Rasmussen,1989), foram enviadas cartilhas para mães com filhos lactentes . Detectou-se que aquelas que tinham lido

a cartilha seguiam de forma significativa as recomendações que estavam na cartilha, ao contrário daquelas que não tinham lido.

Nitzke (1987:73) se refere também às necessidade de mudança de linguagem em materiais educativos sobre dieta e nutrição. Ele sugere que a linguagem tem que ser mais participativa e menos normativa.

Moskalewicz (2000) destaca a viabilidade de trabalhos em que a comunidade seja o principal ator. Relata sua experiência na elaboração de material educativo com usuários de drogas na Polônia. O material foi divulgado e é usado em outras comunidades com perfis semelhantes. Ressalta a possibilidade de se fazer material educativo envolvendo a população mesmo em difícil situação econômica como é o caso dos usuários de drogas. No artigo, não é explicado como se processou a elaboração do material, mas é enfatizada a viabilidade do processo e seus bons resultados quanto ao auxílio nas atividades preventivas de outros locais com contexto semelhante.

Na mesma linha, Alcalay (1999) relata uma experiência feita na Califórnia, EUA. Lá, foi feita uma campanha de prevenção de doenças cardiovasculares entre a população latina. O trabalho incluiu telenovelas, folhetos, outdoors, programas de rádio, e vídeos foram construídos através de uma metodologia participativa junto à comunidade, levando em consideração o seu contexto cultural. Ao final da campanha, observou-se que houve um aumento considerável no conhecimento sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares, e o projeto foi requerido para ser utilizado em várias outras comunidades.

Igualmente, no artigo de Moskalewicz (2000), não são citados os aspectos do processo nem quais aspectos culturais foram valorizados ou problematizados

nas campanhas. Não há referência ao suporte pedagógico em que se basearam as experiências, mas pelas leituras realizadas, observamos que há uma afinidade teórico-metodólogica com essa autora.

Uma outra experiência participativa e de envolvimento da comunidade na elaboração de material educativo se refere a experiência realizada na Itália por Allamani (2000). Nela, foram realizadas atividades educativo-participativas nas escolas de primeiro grau sobre a prevenção do alcoolismo. Após dois anos de atividades, foram construídos materiais educativos como posters pelas crianças das escolas. Os materiais foram exibidos em outras escolas, supermercados e em ônibus.

Como vemos, então, após essa revisão bibliográfica, a maioria dos materiais são avaliados de forma a destacar um aspecto do mesmo, não levando em consideração a sua proposta pedagógica, ou melhor, mantendo a proposta pedagógica de informar e normatizar, alterando alguns elementos, principalmente a linguagem, para facilitar a apreensão dos conteúdos por parte dos leitores.

Exceto em alguns dos estudos citados, não há preocupação com o processo educativo como forma de construção de conhecimentos e de validação consensual dos conteúdos que devem ser incluídos no material.

Nesse processo avaliativo, encontro uma exceção na avaliação do material educativo conhecido como ZIG- ZAIDS (Schall,1999), já citado. Trata-se de um jogo de perguntas e respostas, com dado e tabuleiro, onde encontramos dois tipos de carta. Conforme o desenrolar do jogo, elas devem ser lidas e respondidas individualmente, mas com a participação de todos os integrantes do grupo. Esse jogo foi elaborado por profissionais da FIOCRUZ e é dirigido a pré-adolescentes

de 9 a 12 anos. Foi distribuído, após um processo de teste nas escolas públicas e privadas do Rio de Janeiro. Obteve seu formato final e, posteriormente, foi impresso em grande escala pelo Ministério da Saúde, chegando em todas as regiões do país (inclusive no posto onde eu trabalho). O jogo segue, segundo as autoras uma pedagogia problematizadora que não enfatiza somente os aspectos biomédicos, mas tenta discutir também aspectos sociais, culturais e políticos, relacionados com a prevenção do HIV/AIDS. Assim, as autoras se propõem a avaliar o processo de aplicação do material com o objetivo de saber como é utilizado e se ele contribui efetivamente para a motivação, a aprendizagem, condutas preventivas e não discriminatórias em relação ao HIV/AIDS. (Schall, 1999:8). Desse modo, elas encaminharam questionários com perguntas abertas, com aspectos gerais sobre a aplicação do jogo e sobre como o mesmo foi obtido. O questionário foi respondido por 20 instituições de todo o BRASIL no período de 1991 a 1994. Em 1995, foi feita uma nova remessa de questionários, que foram respondidos por 34 instituições. No mesmo ano, foram feitas observações quanto à aplicação do material em duas escolas.

Todas as avaliações são altamente favoráveis ao jogo porque ele propicia a discussão do tema de forma lúdica e, com isso, facilita a abordagem de temas considerados difíceis, como sexualidade na adolescência e sua relação com atitudes preventivas em relação ao HIV.

Segundo as respostas enviadas, o jogo "também propicia a melhora da auto-estima dos pré-adolescentes já que propicia uma 'melhora da auto-

estima e o interesse em desenvolver atividades comunitárias relacionadas com o assunto' " (Schall,1998:16)

Já o pesquisador que observou a aplicação do material nas salas de aula comenta: "ZIG-ZAIDS é uma alternativa inteligente e apropriada, porque leva informações sobre AIDS na forma de jogo de forma criativa e inovadora. Já que o jogo é divertido ele por si só diminui os possíveis embaraços que possam vir nas discussões mais profundas sobre sexualidade." (Schall, 1999:15)

Vou tecer alguns comentários a respeito da avaliação desse trabalho, visto que o processo de construção do material se diferencia da minha proposta e não discutiremos tal aspecto. A primeira avaliação feita para "validar o material" foi realizada em escolas do Rio de Janeiro, onde o material foi aplicado para conferir a sua adequação dentro dos seus objetivos. Essa avaliação faz referência a outro artigo (Monteiro e Rabello, 2000:215-32), em que a autora sugere várias etapas para a elaboração de material educativo (definição do tema, da população-alvo e da abordagem; levantamento de literatura; investigação do público-alvo sobre o tema, geralmente pesquisa qualitativa com entrevistas semi-estruturadas; criação e testagem; e adequações, que é a etapa que eu gostaria de comentar. Nela, é selecionado um público-alvo que contribuirá para as modificações necessárias ao jogo. Elas utilizaram formulários antes e depois da aplicação do jogo e da observação das partidas (Monteito & Rabello, 223).

De forma geral as sugestões foram no sentido de adequar a linguagem. O jogo sofreu várias mudanças até seu formato final, decorrente de 10 observações feitas na fase pré- teste. Esse tipo de avaliação, feita para validar o material, pelo

que já foi descrito, é a forma usual de alguns profissionais fazerem material educativo dentro de uma pedagogia problematizadora.

Já com relação ao segundo momento da avaliação, considerado como a avaliação em si, chamam atenção as observações feitas sobre o uso do material em escolas particulares, que, como sabemos, têm um contexto sócio-econômico-cultural distinto das escolas públicas.

Também surpreende a variedade de lugares em que o material foi aplicado, inclusive de faixas etárias, demonstrando, por um lado, a escassez de material mais criativo e participativo, mas, por outro, a amplitude do material em relação ao seu contexto de aplicação e com a maioria das avaliações positivas. Pergunto-me se é possível construir um material que satisfaça tão variadas populações e tão variados contextos sociais e culturais. É possível que alunos da 7ª série de uma escola particular do Rio de Janeiro tenham as mesmas necessidades, linguagens e vivências em relação ao HIV/AIDS que os alunos de escolas públicas de periferia? Acredito que não, mesmo concordando que existam práticas e conhecimentos que atravessam muitos contextos culturais como o são as relações de gênero ou as informações sobre a prevenção do HIV/AIDS, que têm validade em todos os contextos. Entretanto, a construção do processo preventivo, em que o material educativo deve auxiliar (dentro de uma proposta pedagógica), é particular. Por isso, me surpreende a ampla aceitação do jogo.

Na verdade, faço tais colocações devido à minha vivência e prática com o uso do material com pré-adolescentes de baixa renda. Os adolescentes gostaram, se divertiram, a linguagem utilizada e o nível de leitura exigido pelo material estavam dentro do contexto. As perguntas são abertas e favorecem a reflexão.

Porém, destaco que as perguntas são abertas e específicas em relação aos aspectos biomédicos da AIDS (sistema imunológico, se existe cura, se existe vacina, formas de transmissão), ou seja, não partem de uma construção do cotidiano sobre o que significaria a AIDS para os pré-adolescentes. Há, na verdade, uma facilitação na linguagem (ela é coloquial nas perguntas, mas não nas cartas-surpresa), para apreensão do conhecimento científico por parte da população-alvo. Penso que isso é fundamental para a prevenção, mas não, suficiente.

Outro problema observado no jogo, segundo comunicação oral de assistente social da equipe de saúde na qual trabalho,que utilizou em muitas ocasiões o jogo, seria o fato de haver perguntas a serem respondidas pelos participantes e, depois, comparadas a uma resposta “certa” da cartela de respostas. Tal dinâmica dificultou o trabalho de construção de conhecimentos a partir do cotidiano dos participantes, já que a sua resposta é sempre confrontada com aquela considerada certa. Com isso, muitas vezes, o andamento do jogo foi prejudicado, pois as respostas das cartelas eram consideradas muito “duras”, sem levar em consideração o saber que estava sendo construído, naquele momento, por uma subjetividade que carrega consigo um cotidiano que não se encaixava nas respostas do jogo.

Isso nos remete à avaliação de excelência de Perrenoud, já citado. Ou seja, uma excelência de aprendizagem externa ao contexto do grupo que está utilizando o jogo. Além disso, as cartas-surpresa do baralho, que devem ser pegas quando se cai na “camisinha” do tabuleiro, têm uma linguagem inapropriada para

a população, falas de alerta ou reforço na linguagem biomédica, centrando-se a discussão nesses aspectos.[15]

A mesma assistente social refere que o jogo do NUPACS (citado neste texto) leva muito mais em consideração o que está sendo construído pelos participantes, devido ao tipo de pergunta[16] e por não existirem cartelas de resposta.

Acredito que o fato do jogo ZIG-ZAIDS ter respostas prontas impede a construção conjunta e intersubjetiva ou consensual daquilo que está sendo discutido e vivenciado no momento. Por outro lado, a resposta "abstrata" da cartela, entra com um objetivo normatizador, ou seja, todas as respostas são verdadeiras ou falsas, conforme o critério de excelência de resposta adotado pela cartela. Por isso, dificultando e até impedindo a construção participativa do conhecimento, esse mesmo modelo de jogo foi feito com o "Jogo da Onda", em que existem "mensagens" para as questões colocadas no jogo (já colocadas em nota de rodapé).

---

[15] Alguns exemplos das cartas-surpresa: "dizemos que uma pessoa está com AIDS quando é portadora do vírus e manifesta alguma doença oportunista, ou seja, uma doença que invade o organismo enfraquecido. A camisa de Vênus (preservativo), também chamada de camisinha, parece uma bola de soprar e serve para cobrir o pênis durante a relação sexual."; "Tem-se observado mutações do vírus HIV, o que dificulta o desenvolvimento de vacinas. Mutação: é a mudança permanente e transmissível do material genético, usualmente um gene só. Essa mudança pode ser uma perda, um ganho, ou uma troca de material genético." ; "a gente pode usar o mesmo banheiro, a mesma xícara ou brincar na terra junto com uma pessoa com AIDS".

[16] Algumas perguntas do jogo do NUPACS, chamado "Crescer: Jogo da sexualidade e da vida" : "O que é ser pai?"; "Quais as diferenças entre meninos e meninas?"; "Como devemos cuidar de nosso corpo?"; "Quando o rapaz se torna homem?"; "O que é namorar?"; "O que é AIDS?"; "Como se cuidar para não pegar AIDS?"; "O que é a camisinha e para que serve?"; "O que é ser mãe?". Das 27 cartelas de perguntas, quatro são relacionadas diretamente com a AIDS, mas construídas pelos participantes. As outras perguntas dizem respeito a uma visão mais complexa do tema como o demonstram as perguntas listadas nessa nota

Por outro lado, acredito que as respostas positivas da grande maioria das pessoas que responderam aos questionários se deve ao fato de que os profissionais fazem, em muitos dos materiais recebidos, adaptações em relação ao contexto utilizado. Provavelmente, esse material seja mais próximo dos outros materiais quanto aos contextos utilizados pelas pessoas que responderam às perguntas, já que as perguntas são abertas e podem ser respondidas pelo grupo.

Na verdade, a grande dificuldade do jogo, inclusive, metodologicamente, está nas cartas-resposta. Elas impedem uma construção processual do conhecimento no grupo, mas isso não é criticado pelas autoras do jogo.

Outra questão que merece ser destacada: há uma avaliação muito geral do processo, principalmente quanto ao tipo de questionário enviado. Mesmo sendo perguntas abertas, não são explorados os aspectos do processo em si (por exemplo, quais as questões mais polêmicas, quais as dificuldades, quais as perguntas que não despertavam interesse, quais as dificuldades dos professores na aplicação do material, etc.).

Mais uma avaliação de processo do material educativo se refere à observação de materiais educativos para diabéticos. (Torres, 2003:1039-1047). Essa experiência, realizada em Minas Gerais, discute como os jogos elaborados pelos profissionais facilitam o processo educativo-preventivo para diabéticos. São jogos utilizados em vários espaços educativos que compreendem a educação do diabético no ambulatório de Endocrinologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Torres, 2003:1041) e conforme os objetivos dos momentos educativos foram avaliados ao longo de sua aplicação. O processo é desenvolvido em cursos, consultas individuais e grupo operativo.

Como resultado dessa avaliação, as autoras referem que um dos maiores problemas enfrentados no processo educativo com diabéticos se refere aos profissionais de saúde, que, segundo as autoras, tinham limitações técnico-pedagógicas para propiciarem discussões reflexivas em torno do tema. Também a freqüência variável dos participantes, assim como a dificuldade de interação dos profissionais com os participantes dificultavam o processo educativo (Torres, 2003:1045).

Os aspectos positivos da avaliação são: “a dinâmica do grupo estimulou a relação interpessoal entre os diabéticos e os profissionais de saúde, facilitou a discussão entre pessoas com os mesmos objetivos, possibilitando a troca de informações” (Torres, 2003:1045).

Também o material educativo que promoveu o diálogo, a partir das dificuldades sentidas pelos diabéticos, faz com que as pessoas troquem experiências, vivências, expressem dúvidas e conflitos a partir do cotidiano.

Além disso, o aspecto lúdico do material utilizado também proporcionou uma aprendizagem prazerosa e descontraída aliada à reflexão e reconstrução de conhecimentos a partir do cotidiano do grupo. Por isso, é necessário que o contexto da discussão vá além das questões clínicas, discutindo-se aspectos e necessidades específicos de cada grupo e, por isso, talvez, a necessidade de criar jogos específicos para cada contexto (Torres, 2003:1045).

Observo ,então, esse tipo de avaliação de processo enriquece a reflexão sobre o processo educativo, e o uso de materiais o auxilia de forma positiva. Essa discussão será retomada no capítulo 3 desta tese, em que avaliei o processo educativo de construção, avaliação e vivência do material educativo elaborado.

Um outro exemplo de avaliação de processo do material educativo é o estudo realizado por Santos & Rozemberg (2003:68). Nele, descreve-se uma avaliação qualitativa através de grupos focais para compreender o ponto de vista dos trabalhadores da construção civil, no Rio de Janeiro, em relação a folhetos disponíveis para operários da construção civil.

Os folhetos avaliados foram produzidos pelo Ministério do Trabalho e por Programas de Saúde do trabalhador de Rio de Janeiro e São Paulo.

Dos nove impressos analisados pelo grupo, somente quatro folhetos tinham alguma relação com a vida dos trabalhadores dos grupos, assim como a existência de "*várias contradições entre a forma de abordagem dos temas nos impressos e a experiência de vida e trabalho expressa pelos trabalhadores" .*

Assim as dificuldades educativo-comunicativas dos folhetos impressos em relação ao público que querem atingir não se restringe à área da saúde, como demonstra esse estudo, mas também áreas como o Ministério do Trabalho, o que evidencia uma ideologia pedagógica e comunicativa, normatizadora, presente no material didático de forma geral.

Nessa direção, um trabalho de avaliação sobre processo comunicativo em rótulos de agrotóxicos, desenvolvido por Peres, Rozemberg (2003:161), mostra que a maioria das informações contidas nos rótulos de agrotóxicos manejados por agricultores do Rio de Janeiro são ilegíveis e ininteligíveis, evidenciando mais um descompasso entre o que os cientistas consideram que a população deve saber e aquilo que a população pensa que precisa saber e compreender.

Na mesma linha, Deslandes & Jaine (2003:156) discutem como é a recepção, a aceitação, segundo a perspectiva de gênero, adequação da realidade

e sugestões em relação a material destinado a Brigada Militar para que eles trabalhassem com profissionais do sexo. De forma geral, o material foi considerado distante da realidade do policial em relação à abordagem dos profissionais do sexo e existiam equívocos em relação à abordagem da polícia e estes profissionais. Assim como há mensagens dúbias em relação à prevenção de ISTs/HIV/AIDS, o que dificulta a utilização desse material por parte dos PMs na abordagem das/os profissionais do sexo.

Apresentadas essas experiências de avaliação de material educativo, tanto normativas como processuais, concluo que uma avaliação de processo valoriza a construção conjunta, entre técnicos e profissionais, e com validade intersubjetiva e consensual da avaliação da aplicabilidade do material. Uma avaliação que contextualize e valorize os diferentes cotidianos em que foi aplicado e vivenciado o material educativo resultante da pesquisa anteriormente citada. Assim, concordo com o que diz a autora a seguir:

> *"a diferença nos mostra que os resultados variados são conhecimentos construídos a partir de óticas diferentes, articulando de maneira peculiar os fragmentos de conhecimento que cada um possui" (*Esteban,200).

Acredito que, nos trabalhos educativos e na avaliação do material, o ideal é fazer uma avaliação qualitativa porque o que nos interessa é o processo. Por isso, estamos falando em avaliação do processo. Queremos esmiuçar, entender, compreender, interpretar e explicar o que acontece nos espaços educativos

(grupos, sala de espera, consultas individuais) que estão aplicando e vivenciando o material educativo que fazem parte desse estudo.

Nesse sentido, Esteban (2000:27) coloca de forma muito clara o que estou propondo:

> *"(...)olhar atentamente para as pequenas histórias do nosso cotidiano, refletir sobre elas, contá-las aos outros, compartilhar o espanto e admiração, as dúvidas, certezas e surpresas. Entender essas historinhas, os acontecimentos simples, os fatos corriqueiros, os erros, como pistas significativas dos múltiplos processos que atravessam a construção de conhecimentos, indícios que permitem ver além do imediatamente perceptível, sinais que trazem novas possibilidades ainda não exploradas"*

Essa visão essencialmente hermenêutica e dialética é meu principal caminho a ser seguido, pois me permite ver os detalhes dos processos educativos realizados na construção, aplicação e vivência do material educativo em avaliação. Por isso, a avaliação foi essencialmente qualitativa, com a observação semi-dirigida, entrevistas semi-estruturadas e grupo de discussão de consenso foram as técnicas utilizadas no processo.

> *"uma avaliação qualitativa requer, pois, uma metodologia sensível às diferenças, aos acontecimentos imprevistos, à mudança e ao progresso, às manifestações observáveis e aos significados latentes."* (Saul, 2000: 47*)*

Ou seja, uma avaliação do processo segundo um referencial teórico-metodológico dialético-hermenêutico evidenciou o quanto o material educativo estava sendo construído, aplicado e vivenciado pelos participantes nos diferentes espaços educativos (grupos, consultas individuais, sala de espera) e, assim, me propiciou uma compreensão e explicação sobre quais foram os fatores que decidiram por um ou outro rumo dentro do processo educativo em que estava sendo construído, aplicado e vivenciado o material educativo elaborado.

Outro aspecto que merece especial atenção nessa fase deste estudo é a avaliação dos processos que estão em construção em cada um dos sujeitos envolvidos nesse estudo. Em outras palavras, quais os movimentos cotidianos que os sujeitos estão fazendo, decorrentes das atividades educativas de que participaram? Como eles vivenciaram os grupos educativos em que foi aplicado o material educativo? Como os conhecimentos enraizados e que fazem parte de sua bagagem cultural e subjetiva estão ou não sendo reconstruídos?

Nesse ponto, segundo a perspectiva hermenêutica, a “instituição” de novos conhecimentos tem um limite, já que o sujeito sempre estará preso a uma tradição histórica. A teoria da ação comunicativa representada por Habermas, por sua vez, advoga que, através da reflexão e a argumentação, é possível criar novos critérios de verdade, sejam eles sociais, culturais ou subjetivos. Em outras palavras, as rupturas são viáveis, criando a possibilidade de novas realidades e novos cotidianos, desde que esses processos sejam resultantes do entendimento intersubjetivo.

Tal processo de construção de novos cotidianos foi abordado por Paiva[17] (2000:65) e pode me ajudar na compreensão .A autora fala que o processo educativo-preventivo para AIDS passa pela construção de sujeitos sexuais, ou seja, pessoas que tenham a possibilidade de lidar com as suas diferentes circunstâncias de vida sexual e consigam decidir por um sexo seguro conforme os diversos parceiros e momentos de vida (Paiva,2000:296). Para isso, o sujeito passa por algumas etapas que não são fixas, lineares e imutáveis, mas são indícios de que está havendo algum movimento de reconstrução em relação à sua sexualidade e ao entendimento que este sujeito tem em relação a AIDS. Cabe destacar, ainda, que essas etapas ou as formas como elas são expressas variam de sujeito para sujeito, de comunidade para comunidade, o que exige uma compreensão acurada do educador sobre a comunidade com a qual está interagindo.

Paiva (2000:65-66) define quatro momentos de construção. Inicialmente, o sujeito tem que se sentir vulnerável e nomear essa vulnerabilidade para poder estabelecer algum plano para o seu cotidiano. Ela pode ser expressa através de frases simples como “ agora eu sei que as mulheres casadas são as que tem mais chance de pegar AIDS” ou “ tenho que tentar falar com o meu companheiro sobre esse problema”. O segundo momento seria o compromisso com a mudança (Paiva,2000:66), em que o sujeito tenta usar o preservativo para praticar sexo seguro. A camisinha começa a entrar no seu cotidiano como sujeito sexual. Isso

[17] O livro de Vera Paiva "Fazendo Arte com a Camisinha" é uma descrição riquíssima e detalhada de todo o processo educativo com adolescentes para discutir as questões que envolvem sexualidade e AIDS.

pode ser expresso por falas do tipo “eu tentei usar a camisinha e achei até legal”, “ gostei de usar, é mais higiênico” ou “ usar camisinha é diferente daquilo que tinha ouvido falar, dá até prá variar um pouquinho na relação...”. O terceiro momento seria o de fazer sexo seguro, isto é, usar a camisinha em todas as suas relações sexuais. Finalmente, o último estágio seria manter essa mudança.

Como foi dito anteriormente, esses estágios não são lineares. São muito lentos, tendo em vista que todos os processos educativos que envolvem o tema do sexo seguro são questões de longo prazo e devem ter continuidade. Também temos que sempre levar em conta as intenções dos sujeitos e suas dificuldades para colocar em prática tais intenções. Por isso, uma prática comunicativa de educação talvez seja o mais adequado para o problema em questão.

> *“Se a má notícia é que o processo de incorporação do sexo seguro nunca acontece a curto prazo, por outro lado, querer apressar o caminho é ser marginalizado do processo e ficar falando sozinho.” (Paiva,2000:294).*

Após essa explanação sobre avaliação, que será retomada também na discussão dos resultados da avaliação da construção, aplicação e vivência do material, aponto a seguir aspectos a serem avaliados na construção, aplicação e vivência do material educativo já citado.

1.3.3 Aspectos da construção, aplicação e vivência do material educativo que foram avaliados .

No decorrer do processo de avaliação da aplicabilidade e da vivência do material educativo construído em conjunto com a população, percebi que tal processo implicava, mesmo que de forma indireta, em avaliar o processo de construção do material. À medida que avaliava as cartilhas, eu estava também avaliando o seu processo de construção.

Ao mesmo tempo em que realizava a avaliação processual da aplicabilidade do material educativo, em outro espaço educativo grupal, eu estava avaliando o processo educativo que deu origem aos materiais, no mesmo espaço.

Compreendi que não poderia separar o resultado final (as cartilhas) do seu processo de construção e do processo de avaliação da aplicabilidade do material. Se fizesse tal separação estaria em desacordo com o referencial teórico-metodológico que sustenta este estudo, que prevê uma visão complexa da totalidade do processo, e não a sua fragmentação.

Ressalto ainda que a avaliação do processo de construção do material se dará de forma indireta:

1)Através das cartilhas, que representa a materialização e síntese do processo grupal de construção do material ;

2) Por meio da descrição do processo de construção do material relatado no capítulo 3)

Já em relação à aplicabilidade do material, avaliei os seguintes itens que constam em “Trabalhando em grupo e elaborando material educativo em conjunto com a população: as DSTs/AIDS no cotidiano da mulheres”(Diercks & Pekelman, 2001):

1) Aspectos gerais de organização dos grupos: 1.1)Planejamento da atividade (reuniões prévias para o planejamento: tempo, dinâmicas a serem utilizadas ou não, parcerias, organização da coordenação do grupo, tipo de registro e avaliação da atividade);
2) Metodologia educativa utilizada na discussão do tema: a valorização do cotidiano (como o cotidiano emerge na discussão educativa, como é trabalhado pelo coordenador do grupo, quais as possibilidades de problematização alavancadas pelo coordenador); as dificuldades na problematização do cotidiano referentes à prevenção de DSTs/AIDS nas mulheres com parceiro fixo e quais aspectos são problematizados; as possibilidades de síntese e as sínteses feitas; o papel do coordenador do grupo (como se insere no grupo: se coloca seu cotidiano ou fica distante; se a condução é clara, dialógica e participativa ou segue outros rumos; se respeita silêncios, presta atenção na linguagem, ouve o grupo...);
3) A discussão crítica dos eixos temáticos levantados pelo material educativo. Quais temas foram abordados e discutidos de forma reflexiva. Quais temas não foram discutidos. Quais temas foram discutidos de forma superficial ou somente mencionados.
4) Eixos temáticos existentes nos materiais educativos: 4.1)Corpo: reconhecimento do corpo, cuidado com o corpo, auto-cuidado;

4.2)Sexualidade: aspectos culturais da sexualidade feminina, dificuldades de expressão da sexualidade, dificuldades de negociação da sexualidade, prazer, diferenças entre os homens e as mulheres; 4.3)Fidelidade x Infidelidade; 4.4) Uso do preservativo; 4.5)Relacionamento conjugal: diálogo, repressão, submissão, diferentes olhares. 4.6)Empoderamento: Poder discutir com o companheiro. Conhecer o seu corpo. Cuidar da sua saúde. Autonomia.

Esses eixos temáticos estão presentes em todas as cartilhas, mas a Cartilha “Cenas da Vida” apresenta outros temas que somente encontramos neste material. São eles: Violência doméstica e entre o casal; uso de drogas.

Em relação ao modo como o material é vivenciado pela população, avaliei como as mulheres dos diferentes grupos constroem ou não ressignificações e novos critérios de veracidade nos seguintes aspectos: no processo de compreensão e interpretação do problema discutido, no grau de participação no cotidiano, no conhecimento do seu corpo, na autonomia nas suas decisões, se houve o surgimento ou consolidação de conversas com seu companheiro de forma solidária e dialógica e, principalmente, se o processo de que ela participou provocou dúvidas e inquietudes. Ou seja, se o processo educativo auxiliado por material educativo que, a princípio, problematiza o cotidiano dessas mulheres foi efetivo na produção dos aspectos citados. Também seria importante observar, compreender e explicar quais aspectos do material são mais ou menos vivenciados pelas participantes.

Lembro ainda que sempre tentei levar em consideração, na avaliação da construção, da aplicabilidade e de como é vivenciado o material educativo, a seguinte fala de Boaventura de Souza Santos:

> *"...os processos são mais ou menos determinados e um processo dado pode passar por momentos de maior ou menor determinação. A variação depende de muitos fatores, mas depende, sobretudo de tipos de ação e de subjetividade que intervêm nos processos. As ações e as subjetividades são tanto produtos como produtores dos processos sociais."* (2000:33)

Por isso a minha avaliação está ancorada em três categorias fundamentais do referencial teórico-metodológico dialético-hermenêutico: o mundo da vida, entendido como o contexto complexo onde se realizam as atividades educativas e onde está sendo aplicado e vivenciado o material educativo.

O diálogo, construindo consensos, validade intersubjetiva e validação consensual, entre os participantes das diversas atividades educativas que participam da construção e avaliação do material.

A contradição que evidencia os processos em construção, tencionados e pela revelação ou compreensão da negação de situações de vida que fazem parte do cotidiano das participantes e que, hoje, dialogam subjetivamente em outro patamar de forma dialética e contraditória, evidenciando uma permanente construção do fazer e do refletir sobre o cotidiano.

Desse cotidiano, uma pequena parte, a que se refere aos aspectos relacionais de gênero que fazem parte da prevenção das ISTs /HIV/ AIDS consta no material avaliado na sua construção, aplicabilidade e como o mesmo é vivenciado por todos os participantes.

Essas categorias já foram discutidas anteriormente no texto e serão novamente rediscutidas no capítulo que aborda os aspectos teórico-metodológicos deste estudo.

1.4 A formulação do problema em estudo

Assim sendo, penso que tenho que avaliar como foi a construção do material educativo e como ele está sendo aplicado e vivenciado por profissionais e mulheres dos diferentes bairros que participaram ou não da elaboração desse material.

O motivo do estudo se deve ao meu desejo de conhecer o modo como está sendo aplicado e vivenciado, nos diferentes espaços educativos do SSC, o material educativo elaborado em conjunto com a população.

O estudo da aplicabilidade do material educativo no transcorrer do processo da pesquisa propiciará, inicialmente, quatro caminhos: a) a possibilidade de conservar o conteúdo do material elaborado e o processo (forma) de aplicação do mesmo; b) a possibilidade de modificar alguns aspectos da aplicação e do conteúdo do material educativo elaborado; c) a possibilidade de eliminar, à luz desse processo avaliativo, elementos da aplicabilidade e do conteúdo desse material que não tenham funcionado ou tenham sido desnecessários; d) a possibilidade de criar novos conteúdos no material educativo e formas de aplicação do mesmo. Os aspectos elencados referem-se à avaliação da aplicabilidade do material.

Quero saber se a experiência com o material conserva, modifica ou constrói novos cotidianos em relação à prevenção de DSTs/AIDS. Para isso, buscarei conhecer a vivência do material pelos profissionais que participaram ou não da sua elaboração e por mulheres dos bairros que não participaram da elaboração do material educativo

A terceira pergunta que me faço para ir delimitando o problema em estudo se refere à questão do tempo histórico. Portanto, a pergunta a ser formulada é a seguinte: Quando avaliei a construção, aplicação e vivência do material educativo? O período de construção do material foi de agosto de 2000 a março de 2002. De dezembro de 2002 a agosto de 2003, fiz a avaliação da aplicabilidade e da vivência do o material construído.

O presente estudo ocorreu em quatros bairros populares de Porto Alegre, onde se avaliou a construção, a aplicação e vivência do material educativo. Os bairros em questão são: Vila Jardim, bairro Jardim Leopoldina, bairro Jardim Itú e Nossa Senhora Aparecida (Sarandi) .

A população envolvida nessa pesquisa de avaliação é composta, em primeiro lugar, por profissionais de diferentes áreas ou categorias que trabalham nos postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária/GHC dos locais citados anteriormente. Os profissionais foram divididos em dois segmentos: um grupo de profissionais que participaram da elaboração do material e outro, de profissionais que não participaram, nem da concepção, nem da elaboração do material a ser avaliado. Compõem a pesquisa, também, as mulheres dos bairros citados que não

participaram da concepção, nem da elaboração do material a ser avaliado e as mulheres que participaram da construção das cartilhas avaliadas.

As mulheres que participaram desse estudo moram em quatro bairros de Porto Alegre, onde o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição atua, através de equipes interdisciplinares de saúde, e na formação de residentes em Medicina de Família e Comunidade.

O bairro Vila Jardim é caracterizado como um bairro pobre (renda familiar até 2,5 salários mínimos) (IBGE,1999) com populações em extrema pobreza e com uma prevalência de HIV/AIDS acima da média nacional. Nesse local, a transmissão heterossexual chega a quase 40% das pessoas infectadas pelo HIV (Juchem & Pasini, 1999).

Os bairros Jardim Leopoldina, Nossa Senhora da Aparecida e Jardim Itú são bairros de classe média baixa (renda familiar até quatro salários mínimos) de alta densidade populacional (IBGE,1999). Em todos esses bairros mais de um terço das mulheres são as provedoras econômicas da família e moram sem companheiro (Iung,2000). Apesar da autonomia econômica, almejam um homem provedor e têm dificuldade de discutir sobre sexo seguro, fidelidade e sexualidade (Diercks & Pekelman & Wilhelms,2002).

Com os grupos da população citada, classificados quanto à participação ou não da elaboração de cartilhas para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda, elaborei uma análise entre o processo de construção do material e do processo de aplicação (em sua forma e conteúdo) do material educativo

elaborado na pesquisa antes citada e como o mesmo está sendo vivenciado entre *os* diferentes segmentos populacionais selecionados para o presente estudo.

Assim o problema deste estudo pode ser delineado da seguinte forma:

Quais as contradições, as dificuldades e os aspectos positivos e negativos que surgiram durante o processo de elaboração do material educativo e em sua aplicação nos espaços educativos que reuniram profissionais de saúde e mulheres usuárias do SSC, participantes ou não do processo de elaboração das três cartilhas avaliadas?

1.5 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é o seguinte:

Avaliar o processo de elaboração de três cartilhas que discutem o problema da prevenção de ISTs/HIV/AIDS e que foram construídas pelas mulheres dos diferentes bairros e profissionais dos SSCs e verificar sua aplicabilidade nos espaços educativos que reúnem mulheres e profissionais de saúde (da área de abrangência do estudo) que não participaram do processo de elaboração das cartilhas.

À luz dessa avaliação, poderei conservar, modificar, eliminar e/ou criar novas formas e conteúdos para a aplicação do material educativo que vem sendo empregado.

1.6 TESE FUNDAMENTAL DO ESTUDO

Em relação à tese deste estudo, gostaría de destacar inicialmente que na pesquisa qualitativa, elas representam um resultado que gostaríamos de alcançar, mas que no decorrer do processo investigativo, a tese pode ser modificada, reformulada ou até excluída do processo de investigação. Ou seja, a tese é um delineamento inicial daquilo que queremos saber, podendo ser substituída ou não, conforme os resultados parciais da pesquisa.

Em meu estudo, a tese sofreu poucas variações, sem importância, até o final do trabalho. Então, minha tese consiste em:

"O material educativo elaborado por profissionais de diferentes categorias do SSC e por mulheres de bairros populares, para problematizar a prevenção de ISTs/HIV/AIDS, aplicado a novas experiências da mesma natureza por profissionais e vivenciado por mulheres dos diferentes bairros que participaram ou não da elaboração dos mesmos, mostrou-se fundamentalmente adequado aos objetivos originalmente colocados."

Além da tese fundamental citada acima, eu distingui as seguintes teses secundárias:

1) Os profissionais de diferentes categorias que trabalharam ou não na elaboração do material educativo avaliam as cartilhas como um facilitador do processo educativo;

2) Os profissionais que não participaram da elaboração das cartilhas tiveram dificuldades não observadas em profissionais que participaram da elaboração do material;
3) As mulheres da população que não participaram da elaboração do material vivenciaram, compreenderam e interpretaram de forma diferenciada o material educativo em relação às mulheres que participaram da elaboração do mesmo.

2. A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DO ESTUDO

a luz

(é)
a zul

(Paulo Ricardo Fabris)

2.1 Tipo de estudo

Este estudo é uma pesquisa qualitativa do tipo ESTUDO DE CASO. Este tipo de estudo se caracteriza por estudar uma unidade de forma complexa e aprofundada. (Triviños,1987;2001)

Destaco também que, dentro dos tipos de estudo de caso, poderia se dizer que o presente estudo é essencialmente um estudo de caso observacional (Triviños,1987) já que a coleta de informações através da observação participante e da observação semi-dirigida foram fundamentais para a compreensão e explicação do problema em estudo.

Além disso, o fato do estudo ser de natureza dialética e hermenêutica ou interpretativa favoreceu a realização de um estudo complexo do problema de pesquisa colocado.

2.2 Natureza do estudo

2.2.1 A Metodologia Dialética-Hermenêutica

O meu cotidiano como médica e educadora tem sido acompanhado, ao longo destes anos, da difícil tarefa da compreensão e explicação da realidade da população com a qual trabalho. Mulheres tão diferentes nos seus “preconceitos”, como diz Gadamer, ou seja, nas suas vivências, culturas e historicidades subjetivas, embora tenham muitas aproximações no contexto de uma totalidade histórica, social e econômica.

No decorrer destes anos, tenho estado à procura de uma metodologia ou um referencial que envolva estes aspectos: a compreensão das subjetividades , entendendo-as também enquanto os “preconceitos ou a “mochila “ que carregamos nas costas com a nossa história subjetiva, como diz Habermas; e, ao mesmo tempo, uma explicação daquele sujeito submerso em um cotidiano que faz parte de uma totalidade que tentamos entender, através das rupturas, das contradições , do dissenso.

Fui me aproximando de leituras em que a compreensão do sujeito era o principal eixo dos textos, mas sempre me chamava a atenção a desconexão entre a totalidade e o cotidiano do sujeito analisado.

Para entrar no caminho da compreensão do sujeito é preciso resgatar, no seu cotidiano, as suas verdades, que, ao primeiro olhar, nos parecem completamente dissociadas de uma totalidade maior. Ou, então, o cotidiano está “colonizado” pelo sistema, homogeneizando as culturas, os saberes, as histórias pessoais e das famílias. Entretanto, o que eu observo no meu dia-a dia, em um bairro de periferia de Porto Alegre, é que essas opções se misturam, ou seja, há resquícios e sinais evidentes de uma cultura familiar, de gerações, que vem se transmitindo oralmente e se mantendo apesar de todos os esforços da mídia, da escola e dos postos de saúde em desvalorizar o saber dessas pessoas.

Por outro lado, é evidente a homogeneização antidemocrática e cruel feita pelas instituições, o que se evidencia principalmente entre os jovens, que consideram o consumo e o dinheiro como principal valor.

Freqüentemente, me deparo com falas do tipo “Eu não amamentei porque meu leite é fraco” , “Não uso DIU porque desloca na relação” , “para pegar filho

precisa gozar, se não não pega filho” , “Eu não vou me tratar da pressão, não sinto nada” ou “Este lixo aqui, é porque todo mundo são relaxados, não cuidam”, “Esse negócio de participar em reunião, as pessoas não participam porque preferem assistir a novela”, “Eu não me envolvo com drogas, acho que esse pessoal não tem vergonha na cara, quer tudo fácil...”. Diante dessas falas, tão comuns em um posto de saúde, na rua, nas conversas de vizinhança, tento sempre optar pelo caminho do entendimento, da mediação, da compreensão.

Assim, havia falas que eu conseguia muitas vezes compreender com a reiterada paciência de ouvir o outro, mas outras tantas ficavam muito distantes da minha compreensão empírica como reflexiva. Isso fazia com que me questionasse se existiria realmente um referencial que me auxiliasse na compreensão daquele cotidiano, tão diferente do meu, mas que precisava ser entendido, explicado para poder ir “adiante” nas diversas questões que envolvem a saúde.

Na verdade, a visão dos ditos “pós-modernos” não me satisfazia, apesar de reconhecer as suas inúmeras contribuições nos estudos culturais realizados. No entanto, a minha prática me mostrava que havia também uma profunda ligação entre os aspectos culturais e os sociais e econômicos.

A partir dessas reflexões, aproximei-me um pouco da filosofia, através da qual adquiri alguma clareza sobre o que estava acontecendo com os “meus referenciais” .

Fiquei assim “sabendo” que a filosofia vem sofrendo mudanças em relação ao seu referencial metafísico inicial. Desde meados do século XIX, a relação sujeito-objeto, essência e aparências, revelação e ocultamento, o todo universal, o fundamento último: todos esses elementos vem sendo questionados por uma série

de filósofos que poderiam ser divididos em duas linhas. Uma, de que fazem parte Nietzche, Heidegger, Gadamer e os chamados pós-modernos franceses, que radicalizam a questão do ser e a historicidade subjetiva; e outra, que vem de Feuerbach, Marx, Horkheimer, Adorno e Habermas e propõe uma reconstrução da teoria crítica da sociedade, tentando resgatar uma razão, construída a partir do mundo prático, e, então, recuperar o seu sentido através de critérios de validade intersubjetivos.

Cabe destacar que todos esses filósofos criticam a metafísica e sua visão de mundo centrada na relação sujeito-objeto, que possibilita a instrumentalização da realidade, visto que faz uma representação objetiva sobre como a "coisa" é e como deveria ser. A partir da ruptura com a metafísica, propõe-se, nas suas mais diferentes expressões filosóficas, que não existe "a coisa em si", mas o sujeito com outros sujeitos, mediados pela linguagem, construindo infinitas possibilidades em relação à coisa ou fenômeno.

É a passagem da filosofia da consciência (metafísica) para a filosofia da linguagem (pós-metafísica). Como define Habermas (1990:53),

> *"A passagem da filosofia da consciência para a filosofia da linguagem traz vantagens objetivas, além de metódicas. Ela nos tira do círculo aporético[18] onde pensamento metafísico se choca com o antimetafísico, isto é, onde o idealismo é contraposto ao materialismo, oferecendo ainda a*

[18] Dificuldade de ordem racional , que parece decorrer exclusivamente de um raciocínio ou de um conteúdo dele(Aurelião)

> *possibilidade de podermos atacar um problema que é insolúvel em termos metafísicos: o da individualidade " (grifo meu).*

Profundas mudanças que eu, como educadora em saúde, tento compreender.

Assim, os filósofos "mais existencialistas" se centram mais na compreensão do sujeito e de seu mundo prático mediados pela linguagem e se posicionam frontalmente contra o pensamento objetivador da metafísica. Questionam as verdades permanentes e ideais e principalmente a verdade passa ser uma questão do ser, originada no seu cotidiano.

O ser é aberto a possibilidades, sem a divisão entre razão e sentimento. Ele é um todo que se manifesta através da linguagem, e esta, por seu lado, é a manifestação do seu mundo prático.

> *"No pensamento objetivador , desaparece o reino das relações de mundo e vida. A postura objetiva desvivência a vivência e o mundo que encontramos...Voltar-se para o cotidiano tem uma ênfase polêmica dirigida contra uma filosofia que ainda acredita conhecer a determinação do ser humano."* (Safranski,2000:186).

Heidegger enfatiza na sua obra o sentido do ser limitado a uma historicidade subjetiva radical. Todavia, ele nega o pressuposto de que sabemos o que é o ser . Não sabemos o que é o ser, somente indagamos. Por isso, o ser é também o não ser, é revelação e ocultamento. Coerente com seus pressupostos,

Heidegger afirma que não devemos explicar o fenômeno ou falar “sobre” o fenômeno, mas sim possibilitar que ele se mostre.(Safranski, 2000:194)

Em cada situação cotidiana vivenciada pelo ser, a vivência acontece simultaneamente entre mim e o meu mundo em uma experiência indissolúvel sem objetivações, mas existindo. Tal radicalidade histórica influenciou, ao meu ver, todos os estudos culturais de cunho pós-estruturalistas, que negam uma relação dialética entre o ser, o seu mundo e a totalidade deste mundo. Segundo Safranski, *“A idéia radical da historicidade destrói qualquer exigência universalista de validade. Talvez ela represente a maior ruptura na autoconcepção do ser humano na história ocidental*”..(2000:185).

A crítica desses autores às idéias de universalidade da metafísica é que tal visão exclui as diferentes racionalidades que explicam a realidade. Segundo Heidegger, não pode haver uma explicação única da realidade porque já não trabalhamos com o conceito de essência do ser, mas sim com o seu contínuo desvelamento. A metafísica, ao contrário, pressupõe uma identidade do ser e, ao fazê-lo, nega as diferenças, isto é, fixa o outro, negando o diferente.

Gadamer, por sua vez, centra esforços em entender o processo de compreensão da experiência humana. Ou seja, diferente de Heidegger – que, em quase toda a sua obra, coloca a solidão como única possibilidade do Dasein projetar-se no mundo (Habermas,1990:51) –, Gadamer tenta ver o outro, propõe que a compreensão do outro diferente é a única forma de se aproximar da questão do ser. Assim, a comunicação entre os homens se dá como compreensão, não como uma atividade somente subjetiva, mas sim intersubjetiva, e dentro de uma tradição histórica denominada “preconceitos”.

A tradição histórica está relacionada intimamente com a experiência e vivência dos sujeitos. Os preconceitos são formados pelos momentos do passado e do presente, em constante movimento e mediação, que, através de vários horizontes dos diferentes sujeitos, se fundem em um horizonte de compreensão. Quando acontece essa fusão, novos preconceitos são formados. Porém, a compreensão ou interpretação hermenêutica somente é possível se estivermos receptivos a outras experiências. Não quero dizer, com isso, que devamos ficar neutros diante do que ouvimos ou proceder uma auto-anulação, mas ir adiante no sentido de tentar identificar a origem dessa verdade.

> *“ El que quiere compreender no pude entregarse al azar de sus próprias opiniones previas e ignorar lo más obstinada y consecuentemente posible la opinión del texto(...) El que quiere comprender un texto tiene que estar en principio dispuesto a dejarse decir algo por él. Una consciencia hermeneutica tiene que motrarse receptiva desde el principio para la alteridad del texto . (Gadamer, 1993:335)*

Na verdade, o que se quer estabelecer é um diálogo em que os participantes se escutem e se compreendam. Isso demanda um exercício diário: faz-se necessário estar voltado não somente para os nossos interesses e as nossas demandas cotidianas, mas também perceber o que acontece à nossa volta, perceber e tentar ouvir e compreender o outro que também faz parte do meu cotidiano, mesmo que carregue consigo preconceitos diferentes.

O cotidiano compartilhado é um dos pilares de uma prática dialógica. Nela, tenta-se construir uma compreensão em que todos os sujeitos que participam do diálogo façam parte do processo. A ênfase no diálogo, segundo a perspectiva hermenêutica, faz parte, também, de uma crítica às ciências modernas ou metafísicas, em que, de forma geral, o cotidiano e o mundo prático das pessoas não são levados em consideração.É valorizado,exclusivamente, o saber objetivo dos especialistas que dominam cientificamente determinado assunto. Não queremos dizer que o saber dito objetivo e científico não tenha validade para a hermenêutica, mas sua proposta é de que todos os saberes sejam relativizados ou sofram um processo de estranhamento, para então podermos compreender o outro, próximo a nós.

Muitos professores e educadores das mais diversas áreas acreditam que, quanto mais sólidos forem os seus discursos sobre determinado assunto, tanto maior será seu poder de convencimento dos alunos. Pode até ser verdade, mas isso não é diálogo nem compreensão. É uma educação bancária, em que um emissor (professor), cheio de conteúdo, deve “encher” um espaço vazio: o receptor (aluno). Nada mais distante da realidade.

Na verdade, os alunos estão cheios de vivências cotidianas, aprendizados ditos informais, aprendizados familiares transmitidos de geração a geração, aprendizados feitos num *locus* cultural e social comum a uma mesma família, ou a um beco, ou a uma rua de um bairro, que são justamente os preconceitos de que Gadamer fala. Tais preconceitos precisam ser desvelados, tanto pelo aluno como pelo professor, para assim ser construído o diálogo na prática educativa. Como coloca Rohden

> *“o diálogo pedagógico entre o mestre e o discípulo é, sem dúvida, uma das formas originárias de experiência dialógica. Quem ensina enfrenta uma grande dificuldade para manter a capacidade para o diálogo, dificuldade esta à qual muitos sucumbem, pois quem ensina -geralmente- crê que deve ensinar e pode falar supondo que, quanto mais consistente e sólido for seu discurso, tanto melhor comunicará sua doutrina bem como persuadirá seus alunos da veracidade do que transmite. Ora, essa “incapacidade para o diálogo está aqui no professor, e sendo este autêntico transmissor da ciência, essa incapacidade radica na estrutura monologal da ciência e da teoria moderna”.* (2002:185-186.)

Porém, ouvindo o outro é que conseguirei entendê-lo? Talvez, sim, se essas falas e essas histórias provocarem um “estranhamento”, segundo Gadamer, pois o principal passo para o entendimento é o sentimento de dúvida de surpresa, e de fracasso da minha compreensão diante de um cotidiano distante do meu .

> *“por paradoxal que pareça, explica Gadamer, a compreensão só se opera por estranhamento. Apenas o fracasso na tentativa de entender a transparência do que é dito pode levar alguém a penetrar na opinião do outro, na busca de sua racionalidade e verdade, dentro de um sistema de intersubjetividade. .....Assim, a reflexão hermenêutica se introduz no tempo presente na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único*

movimento o que compreende e aquilo que é compreendido" (Minayo, 1992:221)

Na verdade, a compreensão se processa além do compreender por si mesmo " (Minayo, 2002:85). Ou seja, há fatos, situações, palavras, falas, atos, que são entendidos imediatamente, pois os que participam do diálogo compartilham de um mesmo preconceito ou de uma realidade sócio-cultural muito semelhante. Então, acontece a compreensão por si mesma, ou seja, há um horizonte de significado compartilhado intersubjetivamente, que não provoca conflitos.

Entretanto, na maioria das situações e vivências educativas ditas formais ou naquelas vivenciadas por mim em conjunto com a população, temos no mínimo dois horizontes interpretativos. Isso se quisermos dialogar, se estivermos dispostos à abertura generosa com o outro, com um claro objetivo e a necessidade metodológica de ir ao encontro do outro. Esse processo, essa caminhada, exige que quem se propõe tenha flexibilidade, crítica aos preconceitos e principalmente uma crítica clara à forma como nós (eu) aprendemos (i).

Essa situação dialógica, salvo raras exceções, não vivenciei na faculdade de Medicina. Lá, os chamados "mestres" se colocavam em um pedestal que dificilmente seria atingido por nós, simples alunos. Foi transmitido, durante todo o curso, o poder absoluto do saber médico e sua completa hegemonia na explicação dos problemas relacionados à saúde e à doença. Ensinaram que o saber médico se basta, em si, para compreender a realidade, em um espaço onde o diálogo raramente existia, e os pacientes eram considerados objetos sistematicamente.

Para quem teve uma formação igual à minha ou semelhante a ela, buscar compreender é um desafio diário e contínuo.

> *"Paralisa o movimento do diálogo quem não entra no jogo, ou quando convidados a dialogar não nos dispomos a isto. Nesse caso, não acompanhamos efetivamente as questões, os problemas levantados pelo outro, que constituem a "coisa" do filosofar. Na atitude não dialógica não se leva a sério, por temor ou petulância, o embalo do diálogo que nos convida a sair de nós mesmos, que nos leva a pôr às claras nossas posições pessoais acerca dos conceitos e pré-conceitos filosóficos, bem como da nossa própria vida. (...) Já o diálogo autêntico exige participação efetiva dos parceiros do diálogo. Quem não se dispõe a mudar seu ponto de vista – e inclusive sua ação- não pode dialogar. No máximo, como no caso das ditaduras, só fala, só comanda, só diz ou só obedece e executa as ordens" (Rohden, 2001: 189).*

Rezende (2002) coloca, como premissas para a compreensão, três aspectos a serem considerados no momento em que estamos conversando ou tentando estabelecer um diálogo: a) a autenticidade: o profissional de saúde deve se apresentar como ele é, reconhecendo-se e apropriando-se dos seus sentimentos e vivências diante de determinada situação; b) a aceitação incondicional do outro no sentido de valorizar as crenças, atitudes do outro; c) a compreensão empática que é onde o profissional se sensibiliza com a situação apresentada *"indo além do entendimento intelectual"* (Rezende,2002:237) com o

objetivo de entender e compreender a vivência apresentada a partir da perspectiva de quem a está relatando. Assim sendo, para estabelecer o diálogo, tenho que diferenciar o meu contexto interpretativo daquele com o qual estou falando.

Teremos, inicialmente, dois horizontes: o meu cotidiano como pesquisadora e o cotidiano das mulheres de alguns bairros da Zona Norte de Porto Alegre. Na nossa caminhada de estranhamento, tanto minha, como das mulheres, nosso horizonte vai mudando, se diluindo e adquirindo outro horizonte, com validade intersubjetiva. A partir desse patamar, então, podemos entender o cotidiano dessas mulheres, isto é, por que ela manifesta o cotidiano de um jeito e não de outro. Porque, vistos os aspectos culturais, históricos e subjetivos, podemos entender o saber e a fala delas, ou seja, compreender a validade e a autoridade da tradição histórica nos sujeitos.

Gadamer entende que o sujeito não pode refazer a sua história através da reflexão. Ele está preso, mesmo que minimamente, aos seus preconceitos. Em outras palavras, o processo de diálogo e comunicação, que tem sua base no cotidiano e no senso comum dos seus participantes, é finito (Minayo, 2002: 97) e limitado pela história e a cultura do sujeito.

> *"O sujeito que compreende não pode escapar da história pela reflexão. Dela faz parte. E este estar na história tem como conseqüência que o sujeito é ocupado por preconceitos que pode modificar no processo da experiência, mas que não pode liquidar inteiramente" (Stein, In: Habermas, 1987: 98)*

Eis aqui um dos pontos-chave da crítica de Habermas à Hermenêutica. Cabe destacar que Habermas se “utiliza” de vários autores da filosofia analítica e pragmática para construir a sua teoria do Agir Comunicativo, que visa, principalmente, reconstruir uma nova teoria crítica da sociedade, construir um novo conceito de racionalidade, criticando duramente a racionalidade instrumental de origem metafísica e propondo uma nova racionalidade, chamada por ele de comunicativa. Nela, os entendimentos são construídos intersubjetivamente. Entende-se, então, que não existe mais uma ação voltada a um fim pré-estabelecido, uma utopia, um objetivo ideal a alcançar, mas sim um processo em que as pessoas envolvidas na ação são as que determinam seus fins.

É fundamental ressaltar que todo o esforço de Habermas em compreender a sociedade contemporânea está relacionado com a perspectiva de que o homem pode ainda ter algum potencial criador na construção de sociedades mais justas e solidárias.(Raupp, 1999) Nessa empreitada, a primeira grande contribuição trazida por ele é uma mudança de paradigma. Sua *teoria do agir comunicativo* permitiria fazer uma passagem da filosofia do sujeito (originada em Kant), para o paradigma da comunicação. Para a filosofia do sujeito ou da consciência - fundamento filosófico, tanto do positivismo, quando do marxismo clássico - a realidade é considerada, em última análise, como um objeto que o sujeito deve conhecer e sobre o qual deve agir com vistas à sua dominação. Tal filosofia, que orienta todo o processo civilizatório ocidental, acabaria por gerar a violência teórica, científica, prática e subjetiva concretizada, tanto nas sociedades capitalistas contemporâneas, quanto no socialismo real.

Contudo, acreditando na reabilitação da razão, Habermas recorre às categorias de mundo da vida e de ação comunicativa para pensar as possibilidades de ampliação da racionalidade e da descolonização do mundo da vida, concebendo o homem, que está no mundo, como sujeito privilegiado em relação às demais coisas existentes.

No paradigma comunicativo, seria possível a passagem da relação sujeito-objeto para uma relação entre-sujeitos, isto é, uma relação de intersubjetividade, centrada na linguagem, em seu uso comunicativo e em sua dimensão pragmática, cuja principal finalidade seria o entendimento lingüístico intersubjetivo, e não mais a mera dominação da natureza e da realidade, em que a razão se reduz à sua dimensão instrumental.

Na mudança de paradigma em questão, a racionalidade, reduzida à sua dimensão instrumental – característica do mundo objetivo –, deveria ser superada por um conceito ampliado de racionalidade que incorporasse as dimensões éticas e estéticas, vinculadas respectivamente aos mundos social e subjetivo.

A teoria dos três mundos permite a Habermas definir *ação comunicativa* e *mundo da vida* (Lebenswelt). A fala e o diálogo permitiriam aos sujeitos na ação comunicativa regular sua ação nos três mundos: o *mundo objetivo*, das coisas da natureza ou processos produzidas pelo homem; o *mundo social*, das interações e normas sociais; e o *mundo subjetivo*, o mundo interno em relação aos demais, ao qual cada sujeito tem acesso privilegiado. A partir do entendimento lingüístico, os sujeitos organizam e provocam ações, intervindo na realidade de modo *cooperativo*. Dessa forma, os fins estariam sempre submetidos ao entendimento

racional e intersubjetivo, diferente do que acontece nas ações instrumentais e estratégicas.

Assim, o mundo da vida está estruturado, para Habermas, de forma a considerar-se sempre três componentes simbólicos: *cultura, sociedade e personalidade.* As três facetas se inter-relacionam de tal modo que um aspecto influencia o outro, criando um movimento que, tanto reproduz, quando renova o mundo da vida. Entretanto, elas não são somente característica do mundo vivido como coletividade, mas também estão introjetadas nos sujeitos, se manifestando através da linguagem que mediatiza a ação comunicativa.

Assim quando o profissional de saúde está à frente de um grupo cujo mundo da vida é diverso do seu – como é o caso da população com quem trabalhamos nos serviços de saúde comunitária – para compreender o processo educativo como um todo, é imprescindível considerar sempre esses três aspectos do mundo da vida. Isso é um grande desafio, principalmente para nós que somos formados dentro de um modelo centrado na racionalidade cognitivo-instrumental.

Como mencionei anteriormente, para Habermas, o *mundo da vida* é um conceito complementar ao de *ação comunicativa*. É nesse mundo que se desenvolve a comunicação, o diálogo, o consenso e o entendimento, além da ação comunicativa. O *mundo da vida,* na concepção habermasiana, corresponderia ao horizonte de referências culturais, de interpretações acumuladas ou recursos, que permitiria aos sujeitos atuar comunicativamente e entenderem-se. Estaria constituído pelas convicções de fundo, mais ou menos difusas, porém sempre problemáticas. Nele, seria acumulado o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas. A linguagem, o diálogo e o

entendimento, seriam os seus conceitos-chave. No mundo da vida, se dariam os processos de interação social e de socialização dos indivíduos.

Além das três estruturas simbólicas do mundo da vida – cultura, sociedade e personalidade –, deveria ser considerada também a reprodução material do mundo da vida. Realizada através da ação teleológica, ela seria melhor captada pela perspectiva do sistema. Habermas, não sendo um teórico do sistema, delineia esse conceito a partir da definição sobre o *mundo da vida,* através de uma linha dialética. Assim, em casos normais, seria possível explicar a reprodução simbólica do mundo da vida a partir das forças comunicativas da ação social. Porém, em situações excepcionais ou de crise, o desmoronamento do mundo da vida colocaria em cena o seu contrário, o sistema. Nele, atuariam as formas de integração sistêmica, com fins de conservação e manutenção do sistema, produzidas por modos estratégicos de ordenar as conseqüências da ação.

A visão de sociedade construída por esse teórico integra, assim, os paradigmas do sistema e do mundo da vida. Significaria ver a sociedade como uma totalidade onde interagiriam duas grandes esferas contraditórias, que se sobrepõem e interpenetram: o sistema e o mundo da vida. Nesse sentido, a interação entre profissionais de saúde em sua dimensão educativa deveria ser pensada no contexto da dialética permanente entre o mundo da vida – caracterizado pela racionalidade comunicativa e o sistema, em que predominaria a racionalidade instrumental e estratégica.

Os significados do mundo, essenciais na interação entre profissional de saúde e população, exigem, portanto, uma relação entre o conceito de sociedade como sistema e o conceito de sociedade como mundo da vida. Esse é um

contexto que apenas tem sentido em um horizonte concreto e delimitado, em que os sujeitos/agentes se movem e cujos vínculos espontâneos não são postos em dúvida.

Habermas estrutura sistema e sociedade como dois conceitos do próprio mundo da vida. Desse modo, o sujeito está situado como ator dentro do mundo, e os demais atores também podem orientar suas ações a partir do mesmo contexto. Trata-se, portanto, de uma teoria da sociedade que não reduz a comunicação a limitações funcionais. O mundo da vida tem o papel de ser a referência a partir da qual os agentes comunicativos se movem e dentro do qual os sujeitos estabelecem uma estrutura social em uma relação que resguarda os mundos objetivo, social e subjetivo. (Pizzi, 1994:61)

Compreender a categoria de *mundo da vida* no sentido habermasiano envolve esforços para apreendê-la em seus diferentes aspectos, tais como a questão da intersubjetividade, da dialética entre a reprodução do existente e a criação do novo, a colonização do mundo da vida pelo sistema, o processo de conhecimento que acontece no mundo da vida, as dimensões de contexto cultural, celeiro cultural e horizonte móvel dessa categoria em sua relação de complementaridade com a categoria de *ação comunicativa*.

Nesse sentido, o mundo da vida seria o contexto das experiências possíveis. Esse mundo cotidiano não é privado, mas partilhado intersubjetivamente a partir de uma relação em que cada sujeito, ao mesmo tempo em que preserva sua subjetividade, também participa da construção intersubjetiva do mundo social e promove a construção de sua identidade. A relação intersubjetiva se expressa através de sistemas simbólicos de um saber acumulado

culturalmente e através da interação lingüística entre os sujeitos. Significa dizer que o horizonte a partir do qual se pode compreender algo é sempre o mundo da vida, o que deve ser tomado em consideração nas interações educativas entre os profissionais de saúde e a população.

Os componentes do mundo da vida – a cultura, a sociedade e as estruturas de personalidade – formam conjuntos de sentido complexos e comunicantes entre si, embora estejam incorporados em substratos diferentes.

O saber cultural está encarnado em formas simbólicas: em objetos de uso e tecnologias, em palavras e teorias, em livros e documentos, bem como em ações. A sociedade, por sua vez, encarna-se nas ordens institucionais, nas normas de direito ou nas práticas e costumes regulados normativamente. Por fim, as estruturas da personalidade estão encarnadas literalmente no substrato dos organismos humanos. (Habermas, 1990:98)

“o mundo da vida estrutura-se através de tradições culturais, de ordens instItúcionais e de identidades criadas através de processos de socialização. Por isso , ele não constitui uma organização à qual os indivíduos pertençam como membros, nem uma associação à qual se integram, nem uma coletividade composta de membros singulares. A prática comunicativa cotidiana, na qual o mundo da vida está centrado, alimenta-se de um jogo conjunto, resultante da reprodução cultural, da integração social e da socialização, e esse jogo está, por sua vez, enraizado nessa prática.” (Habermas, 1990:100).

A Saúde – campo de saberes e práticas – seria produto do mundo da vida e de sua interação com o sistema, estando, portanto, relacionado com as três esferas de reprodução simbólica do mundo da vida e também com a sua reprodução material. Assim, as racionalidades comunicativa, instrumental e estratégica coexistiriam no espaço dos serviços de saúde. Pensar a prática de saúde como prática transformadora deveria considerar também as possibilidades do mundo da vida como espaço onde se dão os processos de conhecimento, interpretação e (re)interpretação da realidade, a criação e (re)criação do cotidiano. Pressupõe-se, com isso, a compreensão sobre o modo como se dão os processos intersubjetivos na ação comunicativa. Esse tipo de ação parte sempre da *comunicação pura*, inerente ao mundo da vida, e é regida pela regra de que um ouvinte, diante da manifestação de um falante (sempre vinculada a uma pretensão de validade), poderia sempre dizer um *sim* ou um *não.*

Se os participantes do diálogo aceitam a pretensão de validade de um dos participantes, referente a pelo menos um dos três mundos (objetivo, social ou subjetivo), o consenso já está dado, é aproblemático. Se, entretanto, os participantes disserem um não, está estabelecido um dissenso entre os sujeitos. Nesse caso, os participantes do diálogo passam a argumentar. O fragmento do mundo da vida não consensual deverá ser levado ao nível da problematização, isto é, os sujeitos/atores deverão apresentar argumentos referentes aos três mundos buscando alcançar um novo consenso, o entendimento intersubjetivo. Esse fragmento do mundo da vida problematizado retornará ao mundo da vida como um novo saber.

No trabalho dos profissionais de saúde com a população, entender como ocorre o processo de conhecimento no mundo da vida é fundamental. O ponto de partida deve ser sempre o cotidiano vivido pela população e pelos profissionais de saúde, já que o saber do cotidiano, do mundo prático com o qual o profissional de saúde se depara é o resultado de uma trajetória de vida. As falas, as linguagens são o espelho de toda uma vida que está sendo construída, inclusive no instante da fala. Contudo, tal compreensão não é suficiente, diz Habermas, já que essas falas e esse cotidiano estão firmemente ancorados em um momento histórico global. Assim, é necessário fazer uma relação dialética entre o profundo momento subjetivo do sujeito e os seus "ganchos" com a história da sua comunidade, do seu bairro, da sua cidade, etc. A junção da dialética com a hermenêutica permitem que o caminho percorrido pelo pesquisador para entender as falas, os depoimentos e o cotidiano sejam vistos como resultantes de um processo social, decorrente de múltiplos fatores e determinações, mas com significado particular – e isso é fundamental (Minayo, 1992:227).

Outro aspecto que gostaria de destacar é em relação à linguagem. Para a hermenêutica, a linguagem é a principal manifestação da tradição cultural do sujeito. Através dela, o sujeito manifesta a si e à sua historicidade, sociabilidade e subjetividade. Através da linguagem e da fala, os seres humanos se entendem. Por isso, é famosa a frase de Gadamer: "*ser que pode ser compreendido é linguagem"*.

Gadamer defende que a linguagem e a comunicação são complementos da finitude do homem, mas salienta que a linguagem também tem a sua limitação histórica subjetiva, pois *"fazemos parte dela e sofremos os preconceitos de nosso*

tempo “ (Minayo,1992:220). Nesse ponto, Habermas faz mais uma crítica à hermenêutica, argumentando que a linguagem vai além de uma história e tradição subjetiva, posto que a linguagem é um dos aspectos da totalidade do mundo. Por isso a linguagem tem também um caráter ideológico que ele chama de ação estratégica, que não é discutida pela hermenêutica.

> *“A ilustração sabia o que a hermenêutica esquece: que o “diálogo”, que segundo Gadamer, nós somos, também é um contexto de violência e nisto não há diálogo (...) a pretensão de universalidade do ponto de partida só pode ser sustentada quando se parte do fato de que o contexto da tradição, enquanto o lugar possível da verdade e acordo fático, é também ao mesmo tempo, o lugar da inverdade fática e da violência constante” (Habermas, 1987:127. In: Minayo, 1992: 225)*

Essas últimas palavras me remetem à situação da mulher pobre enquanto grupo mais vulnerável para contrair o HIV, problema sobre o qual disserto no próximo capítulo.

Um dos motivos é que a mulher está presa a uma situação de tradição cultural de silêncio em relação ao conhecimento do seu corpo e da sexualidade. As informações e o uso da camisinha, por exemplo, são estimuladas apenas entre os adolescentes masculinos. Para as adolescentes raramente é proposta, no ambiente familiar, a discussão de tais assuntos. Conseqüentemente, na idade adulta, a mulher não tem conhecimento ou informação e carrega consigo uma forte tradição cultural que a impede de dialogar ou procurar o entendimento com o

seu parceiro, seja para conseguir prazer na relação sexual, seja para discutir sexo seguro e uso de camisinha. Esses temas são difíceis para a mulher de baixa renda, ,já que envolvem a problematização de uma relação que, em geral, está marcada pelas relações tradicionais. Ou seja, não há discussões sobre os papéis de cada um dos membros da família.

Dentro desse contexto, torna-se difícil discutir práticas culturais fortemente arraigadas, em que o homem é o provedor econômico, e a mulher, a cuidadora e reprodutora. Decorrente dessa situação, já enraizada, também é aceito que os homens tenham sempre prazer na relação sexual e, conseqüentemente, que a mulher tenha que "satisfaze-lo". Seu prazer e satisfação ficam em segundo plano ou sequer são lembrados.

Assim, o silêncio, que é uma das formas de linguagem de quem se sente oprimido, tem a sua raiz histórica dentro de uma totalidade social e econômica. A tradição patriarcal, marcadamente ideológica em todos os espaços sociais, há séculos tem sido o poder hegemônico, o que marca de forma violenta a não-fala das mulheres.

Como aponta Parker:

> *"As estruturas ideológicas da tradição patriarcal, a linguagem do corpo e o sistema de classificações sexuais marcam o fluxo da vida cotidiana que legitimam uma elaborada estrutura hierárquica na qual os homens se distinguem uns dos outros em termos de autoridade e domínio, ao passo que as mulheres se distinguem de acordo com a sua submissão e sujeição ao jugo."* (1991:104)

Retomando os aspectos metodológicos desse estudo, entendo que essas minhas reflexões sobre hermenêutica e dialética são iniciais. Por isso, permito-me destacar um texto de E. Stein, em que define as complementaridades dessa proposta. Acredito que seja este o caminho de reflexão a que estou me propondo:

> *"a) Ambas (a dialética e a hermenêutica) trazem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, da linguagem, e de qualquer trabalho do pensamento; b) Ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial nem há ponto de vista fora do homem e fora da história; c) Ambas ultrapassam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento. São modos pelos quais o pensamento produz racionalidade, contrapondo-se aos métodos das ciências positivistas que se colocam como exteriores e isentos do trabalho da razão; d) Por isso, ambas questionam o tecnicismo presente nos métodos das ciências sociais , para descobrir o fundo filosófico que as diversas técnicas metodológicas tendem a negar.Destroem, dessa forma, a auto -suficiência objetivista das ciências com base no positivismo.; e) Ambas estão referidas à práxis e mostram, no campo das ciências sociais, que seu domínio objetivo está pré-estruturado pela tradição e pelos percalços da história." (1987:110 In: Minayo, 1992:227).*

2.2.2 A população e a amostra.

A população que servirá de referência no presente estudo será de aproximadamente de 16.000 mulheres, que constitui o total de mulheres na faixa etária entre 20 e 70 anos, moradoras nos bairros já citados, e 80 profissionais de diferentes categorias, que trabalham nas Unidades de Saúde do SSC situadas naqueles bairros. Dessa população de referência, selecionei intencionalmente uma amostra composta por duas populações:

1) Mulheres dos quatro bairros, divididas em dois grupos, que, somados, têm setenta mulheres:
    a) As que participaram da elaboração do material a ser avaliado: total de 40 mulheres;
    b) As que não participaram do estudo que deu origem ao material educativo: total de 30.

2) Profissionais de diferentes categorias divididos em dois grupos, que, somados, totalizaram 20 profissionais:
    a)Os que participaram da elaboração do material a ser avaliado: total de 16 profissionais;

    b) Os que não participaram da construção do material: total de 4 profissionais.

No total, a amostra intencional entre profissionais do SSC e mulheres moradoras dos bairros, constitui-se de 90 pessoas.

Observo, ainda, que o critério de escolha da amostra foi a disposição das pessoas em participar desse estudo.

2.2.3 A coleta de informações.

No processo de desenvolvimento da pesquisa participante (visualização da situação problemática em estudo, diálogo, argumentação, entendimento, vivências e outros aspectos), que tinha como núcleo central a abordagem da prevenção das ISTs/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo e de baixa renda, utilizei algumas técnicas que nos ajudaram na coleta de informações durante o processo de construção e avaliação do material educativo.

As técnicas foram as seguintes:

1) *A Observação:* é uma técnica de coleta de dados em que são utilizados os vários sentidos para a coleta de informações, que se dá quando vemos, ouvimos e examinamos fatos e fenômenos. (Lakatos, 1990)

A observação, de forma geral, permite perceber os fatos diretamente, ou seja, sem mediadores. (Gil, 1994; Lakatos ,1990).

Existem vários tipos de observações conforme o grau de participação do observador e os meios utilizados para a observação.

Neste estudo, utilizei dois tipos de observação: a observação participante, que descrevo no tópico 1 A, e a observação semidirigida, que descrevo no tópico seguinte.

1A) Observação participante dos grupos educativos que elaboraram o material:

Na observação participante, há participação real do observador no processo do grupo ou de outra situação determinada. Ou seja, o pesquisador é um membro a mais no grupo e participa ativamente das discussões. Isso facilita, em primeiro lugar, um rápido acesso a informações muitas vezes consideradas privadas pelos demais participantes. Além disso, para que a observação participante seja a mais adequada possível um clima de respeito, confiança , ética e diálogo tem que ser construído entre o observador e o restante do grupo.

Essa técnica de pesquisa foi basicamente utilizada no processo de construção do material educativo. Profissionais e população compartilharam os seus saberes e práticas e, no decorrer do processo, foram construindo cartilhas sobre a prevenção de ISTs/HIV/AIDS.

No processo de construção do material, foram realizadas as seguintes observações participantes:

Na Unidade Divina Providência, eu realizei dezoito Observações Participantes porque fiz parte do grupo que elaborou o material “Conversa Franca”.

Na Unidade Jardim Leopoldina, realizei seis observações participantes. Nesse espaço, eu participava eventualmente do grupo com a função de Coordenadora Geral do estudo que deu origem ao material educativo “Aprendendo com a Vida”.

Na Unidade Jardim Itú, participei de quatro encontros, realizando o mesmo número de observações participantes no local. Aqui, também eu participei como coordenadora Geral do processo de construção dos materiais. Nesse grupo, foi elaborado o cartaz: “Num baile da terceira idade....”

Na Unidade Nossa Senhora Aparecida, participei de dois encontros, realizando o mesmo número de observações participantes no local. Aqui, também participei como coordenadora geral do processo de construção dos materiais educativos para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS. Nesse grupo, elaborou-se o material “Cenas da Vida”.

Assim, completei o total de 30 observações participantes no processo de construção do material educativo.

Todas as falas dessas observações foram gravadas em fita K7 e, depois, transcritas. Essa transcrição serviu de base para a elaboração dos roteiros de cada um dos materiais.

1B) Observação semi-dirigida dos grupos educativos onde se aplicou o material educativo elaborado na pesquisa anterior.

A técnica de observação semidirigida na pesquisa qualitativa me permitiu observar o processo educativo grupal em que se avaliou a aplicabilidade do material educativo. Para tanto, foi utilizado um roteiro prévio, de acordo com o problema, objetivos e tese da pesquisa.

Além disso, a técnica permite descrever em detalhes (Víctora, 2000:62) a dinâmica que se processa nos grupos que utilizam o material educativo a ser avaliado. Isso nos permitiu observar o ambiente, o comportamento das pessoas no grupo, o tipo de linguagem, os relacionamentos, os recursos metodológicos utilizados pelo profissional que está coordenando o grupo e as vivências suscitadas pelo material, tanto nos profissionais, como nas mulheres dos bairros. (Victora, 2000: 63).

Cada observação teve um cabeçalho com dados de identificação: local, data, horário, coordenadora do grupo, nome, endereço e prontuário dos participantes. No início dos trabalhos nos grupos, fez-se uma discussão com os participantes sobre o papel da pesquisadora no grupo, os objetivos da pesquisa e sobre a necessidade de se fazer uma entrevista individual com duas mulheres de cada grupo após a reunião. Também foi apresentado para as participantes dos grupos um termo de compromisso ético em relação às informações obtidas nesse processo de observação semi-dirigida.

Para que a observação fosse o mais completa possível, associei a ela um roteiro norteador, organizado com base na entrevista do coordenador, concedida antes da observação do grupo. Esse roteiro é um instrumento auxiliar que favorece a concentração da observação dentro dos objetivos e problema da pesquisa. Os aspectos observados serviram para uniformizar e direcionar a coleta de informações.

As falas das observações foram gravadas em fita k-7, isto possíbilitou que eu me concentra-se também nos aspectos não-verbais da reunião (silêncios, relação entre os participantes, papel do coordenador, interesse, etc). Todo o material gravado foi transcrito e, uma vez concluído tal procedimento, fiz a análise do material.

Essa técnica de observação semidirigida foi basicamente empregada nos grupos educativos onde se deu o processo de avaliação da aplicabilidade e de vivência do material educativo anteriormente construído.

Realizei uma observação semidirigida na Unidade Valão onde foi aplicada e vivenciada a cartilha “Conversa Franca”; uma, na Unidade Jardim Leopoldina, onde foi aplicada e vivenciada a cartilha “Aprendendo com a Vida”; uma, no Jardim Itú ,onde foi aplicada e vivenciada a cartilha “Conversa Franca”; e uma, na Unidade Nossa Senhora Aparecida, onde foi aplicada e vivenciada a cartilha “Cenas da Vida”. Totalizei, então, quatro observações semidirigidas[19].

2) Entrevista semi-estruturada:.

Além das observações semidirigidas, fiz entrevistas semi-estruturadas individuais:

a) com todos os profissionais que coordenaram os grupos educativos em que se avaliou o material educativo, perfazendo um total de quatro entrevistados;

[19] Observamos que o cartaz “Num baile da terceira idade”, elaborado pelo Jardim Itú, não foi avaliado nesta pesquisa devido à dificuldade de agendas e disponibilidade dos coordenadores dos diversos grupos em utilizarem este material. Por isso, a presente avaliação se refere sempre a três materiais elaborados: “Conversa Franca”, criado na Vila Jardim; “Aprendendo com a Vida” construído no bairro Jardim Leopoldina; e “Cenas da Vida”, construído no bairro Sarandi.

b)com uma profissional que aplicou e vivenciou o material educativo na consulta ambulatorial individual;

C) com as mulheres dos diferentes bairros que participaram dos grupos em que se avaliou o material, mas que não participaram da sua construção. Selecionei uma amostra intencional, conforme disponibilidade das participantes, associada ao seu nível de participação nos grupos. Realizei três entrevistas nos grupos das Unidades Itú, Divina Providência e Leopoldina e duas entrevistas com participantes do grupo da Unidade Nossa Senhora Aparecida. Totalizamos 11 entrevistas;

D) com duas mulheres que obtiveram o material na consulta individual. Elas foram selecionadas conforme sua disponibilidade de participação na entrevista.

O objetivo das entrevistas semi-estruturadas individuais era evitar que a avaliação da aplicabilidade e vivência do material educativo elaborado fosse feita somente através das observações da pesquisadora. Ao entrevistar os participantes dos grupos em que se aplicou e vivenciou o material educativo, obtive informações e dados fornecidos pelos próprios participantes, possibilitando uma análise mais aprofundada e diferenciada do processo. Desse modo, associando entrevistas semi-estruturadas individuais, grupos de discussão de consenso e observações semidirigidas, evitou-se, em parte, que a análise fosse realizada somente pelo olhar exclusivo da pesquisadora.

O roteiro da entrevista semi-estruturada deve estar bem delineado para obter as informações necessárias conforme os problemas, objetivos e teses desta pesquisa. As perguntas são norteadoras do diálogo a ser estabelecido entre pesquisador e entrevistado, mas podem ser acrescidas de tantas outras quantas forem necessárias, conforme o andamento da entrevista, desde que as novas perguntas construídas no momento da entrevista sejam pertinentes ao objetivo e ao problema da pesquisa. Assim, a entrevista semi-estruturada "*mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação de ator"* (Triviños, 1987:152; Triviños, 2001:86; Victora, 2001).

Os roteiros das diferentes entrevistas estão no apêndice D.

2) Grupos de discussão de consenso (Triviños, 2001:87) – participaram deste grupo os profissionais que coordenaram os grupos para avaliar a aplicabilidade do material educativo. Também participou deste grupo a profissional que aplicou material na consulta individual.

Nesse tipo de discussão, todos os participantes expõem seus pontos de vista, estabelecendo um diálogo, a partir do qual são levantadas as possíveis contradições que surgiram nas observações ou entrevistas individuais.

No processo de discussão grupal, por sua vez, são destacadas as diferenças, mas com o intuito de chegar a uma síntese, um consenso. O processo de discussão que leva ao consenso não omite conflitos nem contradições, embora

destaque os entendimentos possíveis dentro daquele grupo, sempre pautados pelo diálogo e a participação.

O roteiro de um grupo de discussão de consenso se encontra no apêndice E.

Assim, ao final do processo de coleta de informações, fiz 30 observações participantes, 04 observações semidirigidas, 18 entrevistas semi-estruturadas individuais e 1 grupo de discussão de consenso com quem coordenou os grupos e aplicou o material na consulta individual.

Resumindo, então, a coleta de informações:

1) Observação participante realizada no processo de construção do material;

2)Entrevista semi-estruturada individual:

a) com os profissionais de diferentes categorias que coordenaram os grupos onde se avaliou a aplicabilidade do material. Total de quatro entrevistas.

b) com profissional que aplicou o material educativo na consulta ambulatorial individual. Total: uma entrevista.

c) com três mulheres, escolhidas através de amostra intencional, da população que participou de cada um dos grupos onde se aplicou o material, mas sem participação na construção do mesmo. Total de 11 entrevistas.

d) com duas mulheres que obtiveram material na consulta individual.

3) Observação semidirigida dos grupos: nos grupos educativos em que foi aplicado e vivenciado o material educativo a ser avaliado, com coordenadores que participaram da elaboração do material ou que não participaram da elaboração do material. Total de quatro observações.

4) Discussão Grupal de Consenso: a) com os profissionais que participaram da coordenação dos grupos observados. Total: uma discussão.

O processo de coleta de informações ocorreu na seguinte ordem:

1) Observação participante dos grupos que construíram as cartilhas;

2) Entrevista individual semi-estruturada com os profissionais que coordenaram os grupos em que foi aplicado o material;

3) Observação semidirigida dos grupos educativos coordenados por profissionais já entrevistados individualmente;

4) Entrevista semi-estruturada individual com amostra das mulheres que participaram dos grupos educativos em que foi avaliado o material, mas não da sua elaboração.

5) Grupo de discussão de consenso com os profissionais que coordenaram os grupos em que se avaliou a aplicabilidade do material.

Assim, os diferentes segmentos populacionais definidos para esta pesquisa foram entrevistados ou participaram de grupos de discussão. Os diferentes momentos da coleta de informações (individuais e coletivos) propiciaram um resgate de pontos não muito claros ou pontos conflitantes, surgidos nas entrevistas semi-estruturadas individuais, e impulsionaram a discussão no Grupo de Discussão de Consenso. No mesmo grupo, podem ser resolvidos ou não os aspectos contraditórios das entrevistas semi-estruturadas individuais. (Triviños, 1987:146).

Triviños (1987:146) também destaca que o fato de começar com entrevistas individuais e, depois, passar às coletivas é importante para o aprofundamento gradual e progressivo do objetivo da pesquisa.

2.2.4 A descrição, a interpretação, explicação e compreensão das informações

Concluídas a coleta de informações e a transcrição do material, fiz uma leitura cuidadosa e repetida de cada uma das transcrições e observações realizadas. Depois disso, realizei a classificação, segundo categorias empíricas presentes em cada entrevista, observações e grupo de consenso.

Ao final das leituras, havia mais de 40 categorias empíricas que poderiam ser analisadas. Devido ao grande número de conceitos, decorrentes da leitura do material coletado, decidi agrupar em cinco categorias empíricas as quarenta anteriores.

Assim, as cinco categorias finais desta síntese são: 1) Identificação; 2) Experiências com as cartilhas; 3) Método educativo; 4) Participação popular; 5) Outras Cartilhas.

Novamente, cada categoria foi lida e relida para aprofundar o entendimento sobre o material coletado e relacioná-los com as categorias de referência teórica que sustentam minha pesquisa. Após a leitura, que já me permitia uma análise descritiva, bem como a discussão dos resultados obtidos, reagrupei as categorias conforme os objetivos e tese deste estudo. Isso me permitiu compreender e explicar a realidade em estudo.

3. O processo de avaliação da construção, aplicação e vivência do material educativo nos espaços educativos do SSC/GHC.

Te propongo construir
un nuevo canal
sin esclusa
ni excusas
que comunique por fin
tu mirada
atlantica
com mi natural
pacífico

(Mario Benedetti)

3.1 O tema gerador da construção e avaliação da aplicação e vivência do material educativo : a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda com parceiro fixo.

O tema gerador da construção e da avaliação do material educativo é a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo e de baixa renda.

A mudança do tema gerador do material educativo a ser elaborado, em relação ao tema escolhido na minha dissertação de mestrado (que era Saúde Reprodutiva), implicou em estudar aprofundadamente o assunto para poder, então, discutir a complexidade do problema dentro do cotidiano das mulheres que participaram dos grupos educativos nos diferentes bairros.

Nesse sentido, é válido situar melhor o contexto do tema da construção do material educativo e sua avaliação. Nas próximas páginas, falarei inicialmente sobre : a) o HIV/AIDS e a população feminina com parceiro fixo; b) como o material educativo disponível nas Unidades de Saúde abordam o problema.

3.1.1 A prevenção das ISTS/HIV/AIDS em mulheres

Iniciarei o ponto com as falas das mulheres dos diferentes bairros que participaram da elaboração do material. Estas falas são respostas iniciais das mulheres quando questionadas sobre o tema:

“Não, eu não uso camisinha, sou casada. Não preciso me cuidar dessas doenças”. (Regina, dona de casa, 33 anos, Vila Jardim)

“Eu tenho meu homem, e ele tem a mim. Não preciso usar a camisinha. Isso é pra mulher solteira, que anda namorando por aí...” (Hilda , dona de casa, 42 anos ,Vila Jardim)

“Se a pessoa usa a camisinha parece que coloca o relacionamento por terra” (Sonia, dona de casa, 28 anos, Jardim Leopoldina)

“Não usar camisinha é como uma prova de amor.” (Ana, dona de casa, 31 anos Nossa S$^{ra.}$ Aparecida)

“eu optei por usar porque eu pensava que ele era... esse nunca vai me fazer nada, nunca vai me aprontar nada, e de repente me peguei bem desprevenida...quase que fui pro fundo do poço (...) a gente agora só transa de camisinha” (Gecilda, dona de casa, 52 anos, Vila Jardim)

Diante destas falas,concluo que as mulheres se sentem seguras, inatingíveis pela epidemia. A AIDS é a doença do outro, não delas. Elas não precisam se prevenir pois são mulheres que cumprem com o seu papel de procriadoras, cuidadoras, zelosas do lar, dos filhos e servidoras dos seus maridos. (Knauth, 1997)

Mas, lamentavelmente, os dados epidemiológicos disponíveis[20] mostram que tal segurança não existe. Nos últimos anos, a epidemia do HIV/AIDS tem mudado drasticamente o seu perfil. No mundo, a cada minuto acontecem onze casos novos de infecção pelo HIV. Os países em desenvolvimento são

responsáveis por mais de 95% dos casos. As mulheres representam 43% dos casos entre maiores de 15 anos (Unaids, 1998). Na condição de pobreza e desigualdade social em que vivem, a AIDS tem se configurado como um dos mais graves problemas – tanto de saúde, quanto social – que afeta a vida das mulheres.

No Brasil e na América Latina, está acontecendo um crescimento geométrico da doença entre as mulheres. Estima-se que existam hoje, no Brasil, 600.000 pessoas entre 15 e 49 anos infectadas pelo HIV. Dentre elas, 257.000 estariam com AIDS e um pouco menos da metade seria de mulheres. Em 1985, havia uma mulher para cada 28 homens infectados. Em 2003, a relação estava em 1,7 homens para uma mulher no Brasil e, em Porto Alegre, estava em 1,3 homens para uma mulher (SMS,2003). Além disso, 93% dos casos de mulheres é de transmissão por via heterossexual.

Ainda, entre as adolescentes de 13 e 19 anos, desde 1998, há sinais de inversão sexual da epidemia. Em 1998, a relação já era de 0,8 homem para uma adolescente e, em 2001, é de 0,6 homem para uma mulher.

Em relação à escolaridade, também houve uma modificação da epidemia, já que, no seu início, só se registraram casos na população de nível universitário, e atualmente somente 4,8% das pessoas com AIDS tem 12 anos ou mais de estudo, como mostra a tabela 1:

[20] Todos os dados epidemiológicos foram retirados do site : www. Aids.gov. br em 27/11/2003.

Tabela 1. RELAÇÃO DE ANOS DE ESCOLARIDADE E % DE AIDS

Anos de Escolaridade	2001
1 a 3 anos	19,8%
4 a 7 anos	32.2%
8 a 11 anos	18,7%
12 anos ou mais	4,8 %

Fonte: Internet. Site: www. aids.gov.br (em 27/11/2003)

Sei, por esses mesmos dados, que 58,9% dos casos ocorre entre pessoas com menos de 7 anos de escolaridade. Já, entre as mulheres, 66% dos casos de AIDS está entre as que têm até sete anos de estudo.

Quanto à idade, há uma tendência de aumento de casos de AIDS nas faixas entre 35 e 49 anos, revelando um “envelhecimento“ na epidemia.

O Rio Grande do Sul está em terceiro lugar em número de casos em relação ao Brasil. A incidência do RS (número de casos novos/ ano/100.000 hab) é de 31,8/100.000 hab., assumindo a liderança nacional desde 2001. A média nacional é de 14 casos /100.000 habitantes.

Cabe observar também que somente quatro Estados no Brasil apresentam aceleração positiva de casos: Roraima, Piauí, Paraná e Rio Grande do Sul. São Paulo apresenta uma desaceleração de 5% ao ano desde 1998. Porto Alegre, em contrapartida, ocupa, desde 2001, o primeiro lugar em incidência em AIDS no

Brasil: 16,1 casos novos por ano, a cada 100.000 habitantes. (MS-2003)[21] . Em 1999, a cidade ocupava o sexto lugar.

Além disso, vale ressaltar que 50% dos casos de AIDS do Rio Grande do Sul estão em Porto Alegre, e 70% dos casos do Estado se localizam na Grande Região Metropolitana. (Alvorada, Cachoeirinha e Viamão).

Também é o Rio Grande do Sul o Estado onde se observa o maior número de casos de AIDS transmitidos pelo uso de drogas injetáveis, chegando a 30% dos registros ao contrário do restante do Brasil, onde a notificação chega a 12%. Porto Alegre apresenta ainda uma das maiores prevalências do país, com 5% da população atingida pelo vírus, enquanto no Brasil a prevalência é de 0,35%. Os bairros com a maior prevalência e incidência seriam o bairro Rubem Berta, Restinga, Partenon e Lomba do Pinheiro, acompanhando a rota do tráfico de drogas na capital.

Nos bairros atendidos pelo SSC, observamos os seguintes dados, cabendo destacar que há um sub-registro importante. No registro de casos, considera-se o ano de 2002 como “padrão ouro” ou mais próximo da realidade, visto que, nesse ano, ocorreu uma sensibilização em todas as equipes sobre a importância da notificação.

[21] Esse dado, retirado do site do Ministério da Saúde, está aguardando algumas notificações do restante do país, mas observamos que, a partir de 2001, Porto Alegre mantém um crescimento na sua incidência, se mantendo em primeiro lugar. Esse dado foi por mim colocado em evento realizado no SSC em novembro de 2003. O dado caiu “nas mãos da imprensa” e imediatamente a

Tabela 2. CASOS NOTIFICADOS DE HIV/AIDS NO SSC

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
AIDS	24	14	8	21	8	8	54	29
HIV	13	22	7	15	19	37	97	20

*dados parciais até junho de 2003.

Fonte: setor de epidemiologia do SSC.

Considerando somente o dado de 2002, vemos que a incidência de AIDS está menor que os dados gerais do município. Isso parece pouco provável, pois, na maioria dos bairros onde o SSC atua, há um forte envolvimento com drogas injetáveis, bairros onde a prevalência do HIV/AIDS aumenta, como foi exposto anteriormente. Por outro lado, esse fator também pode indicar o baixo número de registros, já que a população em questão dificilmente consulta na Unidade de Saúde.

Observo também que os registros do HIV estão aquém do esperado, visto que se espera uma proporção de 1 caso de AIDS para 3 HIV, o que elevaria em mais um terço as notificações.

Cabe destacar, porém, que o SSC é o único lugar em Porto Alegre em que se faz notificação dos portadores do HIV, já que a norma do MS e do município é de notificar as pessoas com AIDS.

E nos diferentes bairros em que se desenvolveu o estudo, como são as características epidemiológicas desse problema?

Na Vila Jardim, ou melhor, na área de abrangência da Unidade Divina Providência, situada em uma das regiões da Vila Jardim, em levantamento feito

coordenadora do município contestou o dado criando uma polêmica que envolveu todos os meios

em 1998 (Juchem, Pasini et alli), foram identificados 67 casos de portadores de HIV para uma população de 5000 pessoas, sendo que dentre eles, 42 eram do sexo masculino (62%) e 25, do sexo feminino (37%). Ou seja, havia uma relação de 1,68 homens para cada mulher. Desses homens, 38% eram casados e 37%, solteiros.

A transmissão do vírus ocorria, principalmente através do uso de drogas injetáveis, atingindo 28% dos casos. 16% eram transmitidos através de relacionamento heterossexual. Verificou-se, também, e um grande número de transmissões do tipo chamado vertical (de mãe para filho via gestação), perfazendo um total de 22% dos casos.

Na revisão feita em agosto de 2003, o número de casos se mantinha, com a mesma proporção e ainda contando, de forma surpreendente, um menino de 11 anos como portador do HIV (contaminado na gravidez de sua mãe, em 1992).

Os diagnósticos, tanto da mãe, como do menino, foram feitos em 2002, quando a mãe descobriu ser soropositiva após uma hepatite. Até então, o menino e a mãe se encontravam totalmente assintomáticos, sem nenhuma suspeita da sua soropositividade.

Na Unidade Nossa Senhora Aparecida, em levantamento feito através de prontuários do posto, em julho de 2001, foram identificados 26 portadores do HIV, sendo que 12 eram mulheres, e não foi constatada nenhuma transmissão vertical. Todos os portadores e os quatro moradores com AIDS tinham idade entre 20 e 34 anos. Somente um caso com 58 anos. A relação homem-mulher é 2 :1 . Não sabemos o principal motivo da transmissão, mas provavelmente existe um

---

de comunicação de Porto Alegre (jornais,rádio e TV).

equilíbrio entre a transmissão através de drogas injetáveis e de múltiplas parcerias. (comunicação verbal de integrante da equipe) .

No Jardim Leopoldina, por sua vez, observo um sub-registro importante por parte da equipe de saúde em relação a esse problema. Não temos nenhuma notificação[22] em relação a pacientes com AIDS desde 1997, e 13 pessoas notificadas como HIV positivas desde aquela data .

No Jardim Itú, há 10 pessoas notificadas desde 1996, sendo oito do sexo masculino. Chama a atenção que 40% da população portadora tenha mais de 50 anos.

Analisando particularmente os dados da Vila Jardim, observo que eles fogem da média nacional, devido à maior prevalência dentro da população da Vila Jardim, aos altos índices de transmissão por uso de drogas injetáveis, ao alto número de crianças HIV positivas e à relação quase paritária entre os sexos.

Diante de todos os dados epidemiológicos relatados, concluo que a população feminina encontra-se em um estado de vulnerabilidade principalmente no que se refere aos aspectos sociais, que são: escolaridade, etnia, classe social e as relações desiguais de gênero.

Cabe aqui, então, discutir o conceito de vulnerabilidade que foi fundamental na realização de nosso estudo.

Inicialmente discutirei o conceito de forma geral e, depois, a questão da vulnerabilidade feminina.

[22] Registro elaborado por profissionais de saúde do SSC.

O surgimento do conceito de vulnerabilidade acontece no início dos anos 90, mais especificamente em 1992, quando Jonathan Mann e David Tarantolla publicam nos Estados Unidos o livro *AIDS in the World*, parcialmente traduzido para o português em 1993. Nele, os autores fazem uma proposta teórica e prática da inclusão do conceito de vulnerabilidade individual, social e programática no desenvolvimento de políticas, a nível local ou nacional, para prevenção, assistência e tratamento do HIV/AIDS.

Esse conceito teórico-prático surge em decorrência das críticas aos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco, adotados desde o início da epidemia. O grande desenvolvimento tecnológico, considerado extremamente positivo pelos movimentos sociais em relação ao diagnóstico e tratamento da epidemia, favorece um manejo exclusivamente biomédico do problema, deixando de lado aspectos fundamentais do contexto dos sujeitos.

O conceito de vulnerabilidade, então, com pouco mais 10 anos, vem sendo lentamente incluído nas práticas cotidianas dos profissionais. Ele é bastante abrangente, pois inclui o paradigma biomédico e tecnológico, relacionando-o com os aspectos sociais, econômicos, subjetivos, étnicos e educacionais do problema. Em decorrência dessa visão complexa que o conceito de vulnerabilidade traz, os sujeitos e seus contextos passam a ser os principais protagonistas para a tomada de decisões em relação ao problema.

Desse modo, o conceito de vulnerabilidade implica em problematizar os mais diversos aspectos que explicam a epidemia. Entre os aspectos estão a estigmatização e a exclusão social dos portadores do HIV/AIDS, freqüentemente enfrentadas pelos gays, prostitutas e crianças; das relações, muitas vezes

opressivas, entre homens e mulheres, que dificultam em muito a negociação do sexo seguro e do uso do preservativo; da não compreensão dos usuários de drogas injetáveis, inviabilizando programas de redução de danos nos serviços de saúde; da pauperização progressiva da epidemia, sendo atualmente os chamados países em desenvolvimento o lugar onde se concentram mais de dois terços dos casos de AIDS no mundo, demonstrando também a estreita relação com o sistema econômico e de desenvolvimento de dependência do capital que, por sua vez, se reproduz em modelos de desintegração social. (Parker,2000:104).

Assim, o conceito de vulnerabilidade, que tem a sua origem nos Direitos Humanos, designa originalmente os indivíduos fragilizados, com pouca ou nenhuma capacidade política, jurídica ou individual na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania. (Ayres,1999:51).

Esse conceito nos ajuda a compreender a amplitude e o esforço que significa trabalhar e construir estratégias em relação ao problema da AIDS, além de tantos outros problemas chamados “da saúde”, que não podem ficar restritos a uma compreensão biomédica.

Ayres conceitua vulnerabilidade da seguinte forma:

> *“a conceituação da vulnerabilidade ao HIV/AIDS expressa o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da susceptibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos*

e individuais, que os põe em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento." (1999:50).

A construção de práticas e conhecimentos desse conceito tem uma estreita relação com a história da epidemia nos seus diferentes estágios.

A maioria dos autores (Ayres,1999;2003; Parker,2000; Woffers,2000; Barbosa,1999;2003; Marques,2003) discute a epidemia da AIDS e suas construções práticas e conceituais em três períodos, originalmente designados por Mann e Tarantola, em 1992.

O primeiro deles Ayres (1999:52) seria equivalente ao início da epidemia, ao período da descoberta de 1981 a 1984, quando surgem as primeiras pessoas (a maioria delas homossexual), com uma nova entidade clínica. A diminuição da imunidade era o fundamento de manifestações clínicas não habituais e pouco comuns, como são o Sarcoma de Kaposi, as pneumonias oportunistas e as meningites por agentes que somente se manifestam em imunodeficiências graves.

Em 1982, surgem as primeiras crianças com AIDS após transfusão sangüínea (Marques,2003:39). Em 1984, é relatado o primeiro caso de uma esposa de hemofílico, demonstrando a possibilidade de transmissão heterossexual. (Marques,2003:40). Mais tarde, sabe-se de uma transmissão durante a gravidez.

Contudo, nesses primeiros anos, a maioria absoluta dos doentes de AIDS é composta por homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Nesse período, as *"autoridades cientificas procuraram uma ligação*

*intrínseca entre a homossexualidade e AIDS e essa relação apareceu na clínica, na opinião pública, no julgamento moral e na pesquisa" (*Marques, 2003:41).

Dessa forma, a epidemiologia procura o que pode ser associado à nova doença. Surgem como fatores de risco a homossexualidade, a hemofilia e o uso de drogas injetáveis. A partir deles, e através da sua ampla divulgação pela mídia, estabeleceu-se o "grupo de risco", ou seja, as pessoas que começaram a ser identificadas como prováveis candidatos a serem os próximos portadores do HIV/AIDS. São os famosos "4 Hs" (Homossexuais, Hemofílicos, usuários de Heroína e Haitianos.)

A prevenção voltada para esse grupo, na verdade, provoca mais preconceito, estigmatização e exclusão. Os homossexuais são o alvo preferido da imprensa, a ponto de alcunhar esse problema como "peste gay", termo que, até hoje, é conhecido como sinônimo de AIDS, e que, por muito tempo, significou o silêncio dos portadores do vírus, principalmente entre aqueles com menor escolaridade e renda.

Assim, sob fortes críticas dos movimentos organizados homossexuais, começa a segunda fase da epidemia, situada entre 1985 e 1988. (Ayres, 1999: 53). Os movimentos organizados criticam o conceito de fatores de risco e grupos de risco porque, nessa época, surgem sinais da transmissão heterossexual e vertical; também devido a todo o preconceito que a classificação de grupos de risco permeia. Cabe destacar que essa classificação por grupos de risco "atrasou" a percepção de vulnerabilidade de pessoas que não se enquadravam nestes grupos, assim como aquelas que não teriam "comportamento de risco", que foi o conceito introduzido na época e que perdura até hoje na maioria das práticas

educativas preventivas relacionadas com a AIDS e materiais educativos que tratam do tema.

O conceito é considerado um avanço em relação “aos grupos de risco”, já que pressupõe que todas as pessoas, em determinadas situações, podem ter comportamentos de riscos para contrair o HIV. Além disso, enfatiza a participação ativa individual em relação à prevenção.

> *“As estratégias de abstinência/exclusão cederam lugar às chamadas estratégias de redução de risco, baseadas na difusão de informação, controle de bancos de sangue, estímulo e adestramento para o uso de condon e práticas de ‘sexo mais seguro’, testagem e aconselhamento e, finalmente, estratégias de redução de danos para os usuários de drogas injetáveis” (Ayres, 1999:53).*

Portanto, o mérito desse conceito e prática educativa em relação à prevenção da AIDS se deve principalmente à universalização da epidemia. Ou seja, não há mais grupos que são portadores do vírus e, por isso, precisariam ser isolados e conseqüentemente estigmatizados. Há, sim, indivíduos, sem exceção, que podem adquirir o vírus, dependendo do seu comportamento de risco ou não.

Eis aqui o limite do conceito de comportamento de risco: a sua outra face é a culpabilização individual. Ou seja, o conceito dá a idéia de que o indivíduo tem as informações necessárias para se prevenir. Se não o fez, houve uma “displicência”, uma “irresponsabilidade” de sua parte ao não usar o preservativo em uma cena sexual considerada arriscada. Assim, parte-se do princípio de que

somente informação, interesse, boa vontade e desejo de se prevenir são suficientes para que os indivíduos adotem atitudes consideradas de sexo seguro.

Esse conceito, muito fortemente arraigado nas práticas educativas dos profissionais de saúde, começa, então, a ser criticado pelos movimentos sociais, que evidenciam, através das suas práticas, que somente a informação não é suficiente para a prevenção do HIV e a prática do sexo seguro. Há muitas outras susceptibilidades ou vulnerabilidades que dificultam a prevenção.

No início dos anos 90, a epidemia vai adquirindo a face que hoje a caracteriza – a pauperização, a feminilização, a heterossexualização e o envelhecimento –, aspectos que, a partir desse momento, se consolidam de forma indiscutível, como foi já evidenciado através dos dados epidemiológicos.

Tal perfil da epidemia evidencia que outras barreiras, que não só as individuais – coerções e recursos de diferentes naturezas – fazem parte do cotidiano da prevenção para o HIV/AIDS e que o conceito e as práticas baseadas no referencial de comportamento de risco não conseguia apreender.

O conceito de comportamento de risco também é amplamente fortalecido pela descoberta das drogas, do surgimento de coquetel, do avanço nos recursos diagnósticos. Significa dizer que, na biomedicina, houve um avanço importante e considerável em relação ao vírus do HIV. Entretanto, essas grandes descobertas não correspondem a um controle da epidemia. Ela se alastra a uma velocidade espantosa nos países mais pobres, principalmente os africanos. Na África do Sul, o número de mortos por ano (250.000) corresponde ao total de mortos em 20 anos

de epidemia no Brasil[23]. Nesse contexto, nasce o conceito de vulnerabilidade que, ao mesmo tempo em que traz uma complexidade ao problema da AIDS, enriquece-o, já que valoriza seu contexto e suas possibilidades.

> *"O conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer a se expor à AIDS, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema." (Ayres, 1999: 65)*

O conceito de vulnerabilidade considera três aspectos para avaliar as susceptibilidades e condições de resposta em relação ao HIV/AIDS.(Barbosa,2003; Ayres, 1999; 2003)

São eles: a vulnerabilidade individual (elementos comportamentais, biológicos e interesses e possibilidades), a vulnerabilidade social (refere-se ao contexto) e a vulnerabilidade programática (existência ou não de programas ou políticas voltadas ao problema: acesso a preservativos, acesso a testagem, acesso a medicação, políticas de integralidade de atenção, direitos reprodutivos, etc.).

---

[23] Comunicação oral de Celso Ferreira Ramos Filho, em novembro de 2003.

Esmiuçaremos os três determinantes do conceito de vulnerabilidade a seguir, quanto à população feminina adulta, sujeito de nosso estudo, e ao material educativo elaborado em conjunto com a população.

Destaquei várias vezes que a epidemia do HIV/AIDS se “feminilizou” definitivamente na década de 90, quando a relação entre homens e mulheres infectados já era de 6/1 e, assim, sucessivamente até chegarmos nos dados de 2003 (MS) de uma relação de 1,7/1 no Brasil e 1,3/1 em Porto Alegre.

Tal situação me leva a perguntar: o que faz com que tantas mulheres sejam vulneráveis? Por que a grande maioria das mulheres (93%), que adquirem o HIV através da via heterossexual e do parceiro fixo, está vulnerável?

A resposta envolve uma complexidade de relações, sinergismos e adições de situações que favorecem a vulnerabilidade feminina, como defende Barbosa

“existe uma relação sinérgica entre fatores individuais-biológicos e comportamentais - socioculturais e programáticos, organizada segundo diferentes lógicas, como, por exemplo, a de gênero, raça, e classe social, que tornam a população feminina especialmente vulnerável à infecção pelo HIV.” (2003:348).

Começo a esmiuçar cada um dos componentes da vulnerabilidade feminina.

A vulnerabilidade individual está diretamente relacionada com aspectos sociais e programáticos, mas posso destacar que os de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo) e os de ordem

comportamental estão relacionados ao interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir dos aspectos cognitivos e sociais (Ayres, 1999:57).

Além dos aspectos citados, fazem parte da vulnerabilidade individual os aspectos da biologia feminina. É sabido que, devido à extensão da mucosa vaginal, esta favorece a disseminação do vírus HIV três vezes mais que nos homens. Também a presença de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), como as vaginoses e candidíase, extremamente comuns no nosso meio, aumenta o risco em 3%. A presença de lesões ulcerativas, tipo *lues* (geralmente imperceptíveis nas mulheres), ou herpes oral e genital aumentam a possibilidade de transmissão em sete vezes. Além disso, manter relações sexuais durante a menstruação aumenta de forma considerável a chance de transmissão.

Também, há controvérsia (Barbosa,2003) sobre o uso de pílulas anticoncepcionais provocarem microlesões na mucosa vaginal favorecendo a transmissão. Outro aspecto salientado é que a circuncisão diminuiria a transmissão.

Assim a presença de ISTs e DSTs pode ser o caminho de entrada do HIV. Tal fato torna a mulher particularmente vulnerável, pois essas infecções, em sua maioria, são assintomáticas ou dão poucos sintomas nas mulheres. Em outras palavras, ela pode manter relações sexuais com uma IST sem percebê-lo e, com isso, estar favorecendo a sua infestação pelo HIV sem saber.

A vulnerabilidade programática se refere ao acesso a serviços de saúde, disponibilidade de preservativos e à integralidade na atenção à saúde da mulher. Refere-se, aqui, a que os serviços de saúde deveriam ter uma visão mais complexa da saúde da mulher, sem se restringir ao acompanhamento do pré-natal

e à prevenção do câncer de colo de útero, como ocorre na maioria dos serviços atualmente. Deve-se, sim, contemplar saúde e direitos reprodutivos, sexualidade e a discussão da prevenção de ISTs/HIV/AIDS dentro de uma perspectiva de vulnerabilidade.

Quanto à vulnerabilidade social nas mulheres, talvez seja esse o aspecto com maior número de estudos. Nele, inclui-se a escolaridade, etnia, classe social, renda e relações de gênero.

Em relação à escolaridade atualmente, mais de 60% dos casos de HIV/ AIDs em mulheres ocorre entre aquelas com menos de sete anos de estudo, sendo que 4% dos casos são de mulheres analfabetas. A maioria delas tem renda de até três salários mínimos e que as mais pobres são negras.

Quanto às relações de gênero, farei algumas reflexões iniciais. Essa categoria foi introduzida nas ciências sociais pelo feminismo, que discute a construção do masculino e do feminino a partir das relações sociais e históricas definidas, além de criticar a explicação e determinação biológica como única responsável pela inferioridade social da mulher.

Inúmeras pesquisas históricas demonstram como as construções sociais e culturais enquadravam a mulher a uma posição restritiva na sociedade a partir das suas características biológicas – por isso, determinadas e imutáveis. Estudos como os de Pedro (2003) e Thebaud (2003), por exemplo, mostram como a maternidade e o aborto são usados para defender o modelo biológico determinante.

Em palavras simples, as falas mais comuns, em muitos estudos históricos sobre a condição feminina, mostram que as “mulheres nasceram para ser mães”;

“a mulher que aborta é uma bruxa ou um demônio, já que vai contra a sua “natureza”; “a mulher não tem condições intelectuais para votar, já que só sabe cuidar de filhos”; “a saúde da mulher se restringe ao seu aparelho reprodutivo” e outras incontáveis afirmações. Estes estudos afirmam que essas questões perpassam o olhar biologicista e principalmente biomédico, além de se afastarem de uma perspectiva meramente de risco epidemiológico, indo ao encontro de situações e contextos de vulnerabilidade (Hamann-Merchán & Costa,2000:19) em que os determinantes e condicionantes de gênero, muitas vezes, são fundamentais para compreendermos determinadas práticas e saberes que se referem ao processo saúde-doença e, no nosso caso, à prevenção de ISTs/HIV/AIDS.

Assim a categoria de gênero me ajuda a entender que as relações entre homens e mulheres têm causas sociais, culturais, históricas e econômicas, que perpetuam e reproduzem condições em que as mulheres e os homens são vistos dentro de padrões e papéis muito marcados e definidos de forma a estabelecer vínculos de dominação e submissão difíceis de romper.

Como exemplo das relações marcadas pela submissão/ dominação, posso citar a violência doméstica. 80% das agressões são sofridas por mulheres e 77% dos agressores são os maridos ou companheiros. Além disso, 55% das mulheres entrevistadas por amostra em posto de saúde da periferia de São Paulo manifestou que, algumas vez, ao longo da sua vida, foram vítimas de violência. (Schraiber, 2002)

A categoria gênero tem sido utilizada pelas mais diversas correntes de pensamento, mas, sem dúvida, os estudos pós-estruturalistas são maioria, pelo

menos no nosso meio. A categoria gênero pode ser considerada pós-metafísica no sentido de romper com o dualismo homem/mulher; razão/sentimento; corpo/mente, entre diversas outras oposições criadas, que nos impedem de refletir de forma relacional o nosso contexto. Tentei, no presente estudo, dar uma abordagem dialética e hermenêutica à categoria em questão, no sentido de compreender como se dão essas relações e, ao mesmo tempo, explicá-las dentro de um contexto particular (mas que se relaciona com o todo geral).

Ou seja, as manifestações particulares de cada mulher envolvida nesse processo avaliativo e de construção do material faz parte de um todo que influencia e constrói intimidades e subjetividades dialeticamente relacionadas com os chamados *mundo público* e *mundo privado*. São faces diferentes de um mesmo contexto, em que.

> *"a conexão entre o mundo público – onde o trabalho feminino é explorado – e o mundo privado- onde sua sexualidade é controlada através da família e do casamento – pode ser explicada pelo papel que o casamento e a família desempenham na reprodução das desigualdades sociais" (Barbosa,1997: 37).*

Observo ainda que essa prática e esse discurso, que conferem um lugar subalterno e passivo à mulher, é exercido por ela (por nós) com muitos conflitos e resistências, permeado por sofrimento e reprodução desses mesmos valores, seja na esfera pública (como na escola ou nos postos de saúde, onde as profissionais, por exemplo, reproduzem o silêncio em relação ao corpo e à sexualidade), seja na

esfera privada. Em ambas, as mesmas mulheres têm dificuldade de conversar os mais diversos assuntos com seu marido e seus filhos.

Sendo assim, os processo educativos que incluem a categoria gênero na sua prática, aliando-a a um diálogo que vise uma ação comunicativa, desejam e buscam um processo de construção de relações emancipatórias que tentam tornar as relações entre homens e mulheres mais igualitárias, nas mas variadas esferas da vida. (Barbosa, 1997:37) Isso significa discutir as diferenças entre ambos os sexos, como se constroem tais diferenças e como, a partir delas, é possível construir relações em que o poder seja compartilhado e um diálogo cooperativo seja estabelecido nas esferas do cotidiano.

A relação desigual de gênero já foi estudada em outros trabalhos (Barbosa,1997;Barbosa,2001) e se situa basicamente nos papéis desempenhados pela mulher na família e no seu relacionamento com o seu companheiro. Também, nas dificuldades que essa mulher tem em negociar todos os aspectos do seu cotidiano, desde o cuidado dos filhos, a divisão das tarefas domésticas, até as questões que envolvem sua sexualidade.

Essas negociações, a procura de entendimento com o seu parceiro, seja para conseguir prazer na relação sexual, seja para discutir sexo seguro e uso da camisinha, são difíceis para a mulher de baixa renda, pois envolve a problematização de uma relação que, de forma geral, está marcada pelas relações de poder.

Inicialmente, não há discussões sobre os papéis de cada membro da família. Assim, é uma prática cultural fortemente arraigada que o homem seja o provedor econômico e a mulher, a cuidadora e reprodutora, mesmo que os dados

nos mostrem que quase um terço dos chefes de família são mulheres pelos menos em dois bairros desse estudo (Iung, 2001).

Também é aceito que os homens tenham sempre prazer na relação sexual e, conseqüentemente, a mulher tenha que “satisfazer o homem”. O prazer e a satisfação dela ficam em segundo plano ou sequer é lembrado.

Outro aspecto diz respeito à questão da fidelidade. O homem é considerado naturalmente infiel. Por ter necessidades sexuais a satisfazer, age instintivamente. Por isso, muitas mulheres falam: *“Eu faço, porque se não ele procura na rua.”*. Essa frase, que é senso comum entre as mulheres que participaram dos diferentes grupos, não difere do estudo realizado por Barbosa (1997), em grupos de mulheres na Favela do João, Rio de Janeiro. A frase citada acima reflete bem o modo como se estabelecem as relações entre homem e mulher. O homem, no topo da pirâmide de poder, e a mulher, na sua base. Nesse contexto, a negociação para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais está o HIV, se torna extremamente problemática. Há uma complexidade de fatores envolvidos no processo de entendimento, visto que, se a mulher não consegue negociar a sua sexualidade com o seu companheiro (dizer não, por exemplo, quando não tem vontade), dificilmente o fará para dialogar sobre o uso da camisinha e outras formas de sexo seguro.

A discussão com o parceiro sobre sexo seguro, considerando todos os aspectos levantados anteriormente, dificulta em muito a prevenção do HIV, como coloca Barbosa:

> *"Essa discussão (da negociação) é bastante relevante para a questão da AIDS na medida em que, em muitas situações - de parcerias eventuais ou estáveis -, cabe à mulher a iniciativa de propor o uso do preservativo. As mulheres receiam serem percebidas, pelo homem, como 'preparadas demais' para o sexo, rompendo com o estereótipo de passividade e ingenuidade feminina." (1997).*

As negociações do cotidiano, que passam por conversar e dialogar os mais variados aspectos do dia-a-dia (desde quem lava a louça da janta, quem dá banho no filho pequeno, quem leva para a escola, até os aspectos da sexualidade do casal, da renda e outros), são o caminho de uma relação menos desigual entre os sexos. No contexto onde foram realizadas e avaliadas as cartilhas, observo que as mulheres, aparentemente, revelam uma relação de dependência afetiva com o companheiro, no sentido de que o homem é o centro da relação, o pólo norteador dos caminhos traçados pelo casal, bem como a palavra final das decisões a serem tomadas.

Essas situações demarcadas dificultam as negociações de vários aspectos do cotidiano, desde as tarefas mais simples até a negociação de sexualidade, prazer e dificuldade de conversar sobre fidelidade/infidelidade.

Em relação à fidelidade, a conversa sobre esse tema, entre casais de classe popular, passa por construções culturais fortemente arraigadas, entre as quais destacamos que a mulher, no âmbito sexual, é valorizada na sua coletividade quando assume um relacionamento estável, com um único parceiro

por vários anos, também quando ela é uma mulher “caprichosa”, que cuida dos filhos e se dedica ao marido.

O homem, por sua vez, mantém a sua valorização através de várias parceiras. Ou seja, o homem é homem quando tem, além da sua mulher de fato, outras parceiras eventuais.

Assim, é construída a imagem de que o homem é “naturalmente infiel”, já que precisa satisfazer seus instintos, naturalizando os desejos, incontroláveis. Enquanto isso, a mulher deve ser fiel, pois ela ama e, a princípio, seus desejos são satisfeitos pelo amor e pela pessoa que por ela é amada. Essa complexa trama que leva ao desencontro de olhares, a contradições e ao favorecimento da vulnerabilidade feminina e masculina, é envolta em um silêncio cultural, em que não e permitido falar sobre fidelidade, principalmente com o companheiro, posto que ele seguramente pensará que ela está “muito sabida” ou a interrogará sobre outros parceiros.

Diante de tal situação, vivenciamos muitas nuanças, mas as palavras *negociação* ou *mediação* de situações conflituosas precisam ser discutidas para problematizarmos o quadro descrito acima.

Há um silêncio que envolve o falar sobre sexo, fidelidade e corpo – cultural e socialmente construído –, que é difícil problematizar. Os próprios profissionais de saúde vivenciam esses silêncios na sua esfera privada, em que, principalmente, a fidelidade da parceira é dada como inquestionável, e a infidelidade masculina, como possível de acontecer, mas não discutida no relacionamento. Somente o fato de falar sobre o assunto envolve pensar que há

uma possibilidade concreta de infidelidade, o que ocasionaria a ruptura da relação, no imaginário da grande maioria dos profissionais.

Por isso, o assunto não é abordado, por exemplo, quando uma mulher é orientada sobre o tratamento de uma DST e ela pergunta: Mas como, se eu só transo com o meu marido? Ao invés de problematizar, refletir em conjunto sobre esse questionamento, o profissional fica em silêncio. Ele não quer se “sentir responsável” por terminar o relacionamento da paciente com o seu companheiro, embora saibamos que a maioria das situações de “prováveis infidelidades” não é a causa da separação, mas talvez o estopim de um conflito, e cada casal vai resolvê-lo a seu modo.

O medo dos profissionais e da população de falar sobre esse tema está centrado e “preso” no ideal de amor romântico, culturalmente construído, em que o príncipe encantado e a princesa casta suprirão todas as necessidades de uma relação a dois, que, a princípio, deverá durar a vida inteira.

Na verdade, no questionamento da relação conjugal, relação amorosa ou namoro, o que se observa é um sentimento de profunda contradição de que sofrem as mulheres em relação ao seu parceiro, principalmente no que se refere a infidelidade. Elas sabem, aceitam, mas estão em conflito permanente, sentimento que se manifesta de forma clara quando uma mulher casada e monogâmica se contamina através do seu marido que usa drogas, faz sexo com homens ou com outras mulheres. Nessa situação, ela fala que é diferente Knauth(1997), que pegou a doença de forma “legítima”, ou seja, dentro de casa. Por isso, a sua doença é diferente da doença das outras mulheres. As outras “procuraram” a doença. Ela “pegou” do “seu“ marido e, com essa justificativa, mantém o seu

status social de dona de casa, fiel e zelosa. Não é como as outras: prostitutas , solteiras com vários parceiros ou usuárias de drogas injetáveis. Ela é diferente. Essa visão da doença faz também com que ela não procure ajuda para iniciar um acompanhamento, seja no posto de saúde, seja em outras organizações. Tais aspectos são salientados por Knauth (1997):

> *"Conscientes de que é o seu status social que está em questão, as mulheres procuram estabelecer uma diferença em relação aos demais doentes da AIDS (...) ter sido contaminada através da relação sexual dentro da relação conjugal é tido como extremamente legítimo."*

As mulheres insistem em ver o HIV como a doença do outro. Entretanto, o outro faz com que ela negue a si mesma. Ao não perceber o outro/a contaminado/a pelo HIV como seu semelhante, ela, na verdade, está negando a si mesma e a todas as possibilidades de ajuda, compreensão e apoio. No momento em que ela não se vê como um ser que pode negociar a sua doença – igual a dos outros, mas diferente ao mesmo tempo –, ela não consegue dar um salto na sua qualidade de vida como mulher. Nega a doença, nega a si mesma e, principalmente, nega a responsabilidade de transmissão do parceiro. Ao negar todos esses aspectos, ela permanece no círculo vicioso de opressão e poder que a farão adoecer e morrer mais cedo que os homens portadores do HIV.[24] O desafio das mulheres de baixa renda consiste em quebrar uma tradição cultural

[24] **(**www.rede saúde.org.br**)**

fortemente arraigada e cheia de simbolismos. Contudo, isso apenas acontecerá após uma problematização profunda do seu cotidiano, que provavelmente trará sofrimento, mas, com certeza, a médio prazo, contribuirá na melhoria de sua qualidade de vida.

Como coloca Juchem:

> *"Este panorama coloca as mulheres como historicamente excluídas das discussões que envolvem o prazer e a sexualidade dentro do casamento, tornando difíceis atitudes de maior autonomia para tratar as questões sexuais como parte importante da vida das pessoas."* (1998).

Portanto, a negociação do cotidiano é o início de uma caminhada que pode levar à negociação da sexualidade, do preservativo e do prazer, bem como à conversa sobre fidelidade/infidelidade. Penso assim porque muitas das relações a dois – mesmo naquelas em que os papéis estão fortemente demarcados (como no caso do homem provedor e da mulher reprodutora), ou naquelas marcadas pelo poder, de um lado, e a submissão, de outro – são relações complexas, que vão se "negociando" no cotidiano. Nele, as relações de gênero são, ora mais favoráveis a um, ora, mais favoráveis a outro. Em outras palavras, há uma construção de consensos intersubjetivos, em que o cotidiano ajuda no estabelecimento de uma relação mais igualitária e de poder compartilhado entre homens e mulheres.

Penso que deve haver um resgate da cotidianidade da negociação, pois é pouco provável que uma mulher e um homem não discutam seus "pequenos problemas do cotidiano", os afazeres e responsabilidades de cada um. A conversa

sobre outros assuntos que fazem parte do cotidiano do casal deve ser resgatada. Do contrário, a negociação não acontecerá. As mulheres se referem a isso quando falam em “comer o mingau pela beiradas”, isto é, ir se aproximando do tema “camisinha” através de histórias ouvidas na vizinhança, comentar situações de amigos ou parentes, “largar” camisinhas em cima da mesa, da TV ou do rádio para puxar o assunto, até, contar histórias “apavorantes” para o parceiro, para, então, chegar ao assunto.

Valer-se de diversas estratégias que resgatem a negociação cotidiana é o caminho possível para conversar sobre questões que, inicialmente, parecem inegociáveis, como pode ser a conversa sobre o uso do preservativo em casais com relação estável. Por isso, os profissionais de saúde, quando discutem o problema da negociação do uso do preservativo, têm que falar em possibilidade, ou seja, descobrir, em conjunto, se existem possibilidades de negociação. Há possibilidade de negociar? Quais as dificuldades da negociação? Quais os caminhos da negociação? Quais as susceptibilidades subjetivas e intersubjetivas? Como é vivenciada a vulnerabilidade de gênero?

Assim, quando falamos no uso do preservativo, sempre teremos que conversar sobre as possibilidades de negociação, visto que cada casal negociará sexo seguro segundo suas possibilidades e seu cotidiano. A negociação tem tempos diferenciados, pois depende de um acordo que tenha validade intersubjetiva e que seja construído a partir de conversas cuja base é a vivência e a experiência de cada um/a.

Assim o conceito de vulnerabilidade nos coloca um desafio para a prevenção das ISTs/HIV/AIDS, mas é nessa direção da complexidade que quero me dirigir.

Na caminhada pela busca da autonomia, do companheirismo e do diálogo, o profissional de saúde tem que ser solidário, tendo, ao mesmo tempo, clareza metodológica da problematização e suas conseqüências. Isso porque, na verdade, o problema não é somente a inadequação ou falta de informação, mas uma profunda mudança nos diversos tipos de relacionamento entre homens e mulheres, muitas vezes, inseridos em um contexto altamente desfavorável.

Como observei no diálogo de um grupo de mulheres na Vila Jardim:

"- O que vocês acham que é diferente entre menino e menina?

- O fato da menina brincar sempre de boneca, aquela coisa maternal, com o filhinho dela.

- O menino é criado livre, mais solto, brincadeira na rua, com funda, com passarinho...a menina mais ligada nas coisas da casa, cuidados da casa, arrumação.

- A mulher tem que servir o marido.

- É, os filhos pra cuidar.

- Aí que começa. Porque tem muita mulher que depende só do homem.

- E o que vocês acham disso?

- Eu acho que a mulher deve ser dependente dela mesma, não só do homem. Eu não dependo do meu marido. Eu dependo de mim mesma. Por isso, eu acho que, se a mãe tem um filho , uma filha mulher, eu acho que não precisa depender só da

mãe. Ela tem que fazer as coisas. O homem também faz, o guri também pode fazer.

- Dentro de casa?

- Dentro de casa.

- E quem pode mudar isso?

- A pessoa que está educando ,né, que pode mudar.

- Vai depender do que a gente faça desde pequenas para que eles também possam ser adultos diferentes.

- Vocês já fazem isso?

- Às vezes. É difícil, porque tem que mudar o marido também.

- Porque o marido?

- Por que ele foi criado par ser servido. Ter sempre a comidinha pronta, a casa arrumada...

- Mas a gente tenta. É o único jeito.

- É difícil , é difícil, mas tem que tentar...

A discussão sobre a prevenção das ISTs/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo e em situação de pobreza, foi feita a partir da relação do conceito de vulnerabilidade feminina com a prevenção desses problemas. O conceito me permitiu dialogar sobre o tema de forma complexa e problematizadora, contemplando os aspectos sociais, de gênero, acesso a preservativos e serviços de prevenção, bem como os aspectos culturais e econômicos.

Diante do que foi exposto sobre o conceito de vulnerabilidade, posso afirmar que o material educativo elaborado em conjunto com a população e avaliado nos diferentes espaços educativos centrou as discussões nas relações existentes entre homens e mulheres que faziam parte do grupo de discussão, ou seja, sobre o modo como as relações entre os diferentes sexos, no que se refere a amor, sexualidade e corpo, são construídas em seu contexto.

Para finalizar, coloco na íntegra uma tabela de Ayres (2003:35), que, acredito, demonstra de forma clara toda a complexidade do conceito de vulnerabilidade e as práticas sustentadas por ele, reiterando que tal conceito é coerente com o referencial teórico metodológico que sustenta este estudo.

Tabela 3. Diferenças entre a visão de comportamento de risco e vulnerabilidade

	comportamento de risco	Vulnerabilidade
Alvo	indivíduos expostos	populações susceptíveis
Finalidade	Alertar	Capacitar
Meios	Informação	Mobilização
Processo educativo	Modelador	Construtivista e comunicativo
Base institucional	Saúde	Intersetorial
Agentes privilegiados	Técnicos	Pares
Resultado esperado	Mudança de comportamento	Transformação de

		contextos de intersubjetividade

Fonte: Ayres (2003:135)

3.1.2 O material educativo existente sobre AIDS

Nos últimos anos, tem sido feito um esforço enorme para divulgar informações sobre o HIV. Mesmo assim, a epidemia avança, atingindo grupos populacionais que se consideravam “seguros”, como é o caso das mulheres casadas, de baixa renda e com parceiro fixo.

Penso que o material educativo disponível nas UBs, para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS (Anexo D), segue uma visão pedagógica tradicional, enfatizando um discurso preventivo de comportamento de risco conforme a discussão feita anteriormente. Por isso, seu fundamento é uma prática preventiva visando a mudança de comportamento, sem considerar as diferentes vulnerabilidades que constituem o cotidiano dessas mulheres e que precisam ser mobilizadas ou discutidas para tornar possível a prevenção.

Para exemplificar, selecionei algumas falas dos materiais que circularam na Unidade de Saúde onde trabalho, no SSC como um todo e em alguns postos da PMPA, no ano de 2003.

Destaco as primeiras falas escritas e lidas dos materiais:

“Vamos falar de um vírus chamado HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Ele enfraquece o organismo e a partir daí podem surgir várias

doenças chamadas oportunistas (...)" (do folheto "Solidariedade não Transmite AIDS" – PMPA)

"O primeiro passo par evitar a AIDS é a informação. Conhecendo os riscos e as formas de transmissão, é só se prevenir" (do folheto "AIDS, Informação também ajuda a proteger" – Governo do Estado/RS)

"a maioria das DSTs são curáveis, basta seguir rigorosamente as recomendações médicas. Não esqueça que o balconista de farmácia ou seus amigos não tem conhecimento para tratá-lo" (do mesmo folheto acima)

"a célula CD4 e os vírus HIV estão presentes no sangue." (do folheto "A infecção e medicamentos. Entendendo e tratando HIV/AIDS" – Prefeitura Municipal de Porto Alegre)

"O que é o HIV? É o nome do Vírus da Imunodeficiência Humana. O HIV, ao entrar no corpo da pessoa, vai pouco a pouco enfraquecendo o seu sistema de defesa, podendo provocar o aparecimento de doenças. (da cartilha "Cuidando de pessoas que vivem com HIV/AIDS" - Prefeitura Municipal de Porto Alegre)

"*Este folheto se destina a todas as gestantes e tem por objetivo informar sobre o que é o HIV e AIDS, suas formas de transmissão, porque fazer o exame do HIV na gestação e como agir se este for positivo*".(do

folheto “Resolvendo dúvidas das gestantes” - Prefeitura Municipal de Porto Alegre)

“Quais os motivos para a gestante realizar o pré-natal? Pré-natal é o acompanhamento médico que toda gestante deve fazer par realizar exames e consultas com o objetivo de avaliar a sua saúde e do bebê, prevenindo doenças e complicações na hora do parto. Deve ser iniciado logo após a descoberta da gravidez (ou o mais cedo possível).” (do mesmo folheto acima)

“*O que é o HIV? É o nome do Vírus da Imunodeficiência Humana. O HIV ao entrar no corpo da pessoa , vai pouco a pouco enfraquecendo o seu sistema de defesa, podendo provocar o aparecimento de doenças*. (da cartilha Gestantes HIV positivas - Prefeitura Municipal de Porto Alegre)

“Entendendo o vírus e a doença. O que é o HIV? O HIV , Vírus da Imunodeficiência humana, é o vírus causador da AIDS. (da cartilha “Convivendo com HIV/AIDS. Resolvendo dúvidas para viver melhor os direitos do cidadão. O melhor remédio é a informação.”- Prefeitura Municipal de Porto Alegre)

“Como age o HIV? O nosso corpo possui um exército de células de defesa, chamado de sistema imunológico, que nos protege das doenças. O HIV destrói justamente essas células, impedindo que o organismo se

defenda, facilitando o surgimento de diversas doenças, conhecidas como " doenças oportunistas" . (da mesma cartilha acima)

"*Formas de transmissão: Relação sexual com penetração sem uso de preservativo. Uso coletivo de agulhas e seringas. Da mãe para o bebê durante a gravidez, na hora do parto e/ou amamentação; transfusão de sangue ou hemoderivados infectados (sem testagem)* (" ? HIV /AIDS. O assunto é com você" - Grupo de Apoio à Prevenção em AIDS (GAPA). A ONG mais antiga do Estado)

"*Se você cuida de uma pessoa com AIDS, não esqueça: Seu apoio e companhia são muito importantes. Não evite a pessoa com AIDS.Você não corre riscos em tocar na pessoa com AIDS. As formas de infecção são claras e conhecidas.* (da cartilha "Cuidando de alguém que vive com AIDS" – GAPA)

"O que é AIDS? É o conjunto de doenças que aparecem ao mesmo tempo na pessoa portadora do HIV, deixando-a muito fraca, podendo levá-la à morte. (Cartilha "Bom dia, boa tarde, boa noite, uma idéia. Quem usa camisinha não tem AIDS, gonorréia." - Movimento Popular de Saúde de Sergipe (MOPS –SE - Movimento Popular da Saúde, um dos movimentos de Educação Popular em Saúde mais antigos do país.)

" A AIDS é uma doença causada pelo HIV. Este vírus entra em nosso corpo e destrói as células responsáveis pela proteção do organismo. ("Dê

sua mão na luta contra a AIDS.” - ONG Casa Fonte Colombo de Porto Alegre)

“Viva a vida! Há muitas pessoas vivendo normalmente com o vírus da AIDS, graças aos avanços da medicina, da ciência e às conquistas do movimento organizado de luta contra AIDS. Se você é soropositivo não aceite ser tratado como vítima ou diferente.” (da ONG Grupo pela Vida – SP)

Nesses exemplos, constato que todos os materiais partem do HIV, e não do que as pessoas pensam, sentem ou fazem em relação ao problema. Não levam em consideração as necessidades reais e sentidas da população em relação à prevenção da AIDS.

As campanhas educativas e seus materiais impressos, veiculados pelo Ministério da Saúde, órgãos estaduais e municipais e pelas ONGs, na maioria das vezes, colocam questões objetivas, científicas, desde um olhar técnico sobre o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Falam sobre o HIV e a AIDS como entidades descontextualizadas, a-históricas. Não são exploradas as relações existentes entre tais doenças e o chamado público-alvo. Além disso, as cartilhas não falam sobre *as mulheres e a* AIDS*, gestantes e* AIDS*, solidariedade e* AIDS, que parece ser o objetivo inicial de cada um dos folhetos colocados como exemplo. Na verdade, elas somente destacam o HIV.

Outro aspecto a ressaltar é que, de forma geral, a população não se identifica com as personagens das cartilhas, já que não há uma personagem específica, coerente dentro da linha de comportamento de risco.

No início da epidemia e até o final dos anos 80, os materiais mostravam doentes com AIDS. Os materiais resultantes desse tipo de abordagem estigmatizaram os portadores e doentes de tal forma que, hoje, quase 15 anos depois da produção do material, as primeiras imagens que as pessoas associam à AIDS é de morte, pessoas definhando no leito, pele e osso...

No entanto, a mudança de enfoque ainda não aconteceu com os materiais sobre as DSTs, já que, recentemente, recebemos do Ministério da Saúde um álbum seriado com fotografias coloridas. São imagens aumentadas dos órgãos genitais com cada uma das DSTs no seu estágio mais avançado e "florido", usando uma expressão do jargão médico, provocando angústia, medo e reações como *"não quero saber sobre isto, que nojo", "eu nunca vou me deixar assim"*. Enfim, é a pedagogia do horror e do medo. As imagens do álbum ficam longe do público a ser atingido, reforçando justamente a questão de que *as DSTs/AIDS são doenças do outro.* Ou seja, ao invés de buscar aproximar-se do problema, as imagens utilizadas, verdadeiramente "chocantes", afastam as pessoas, que ficam com medo e, conseqüentemente, não se previnem.

Todos nós sabemos que o medo, a culpabilização da vítima e a falta de afeto são os piores métodos de ensino. Não quero dizer, com isso, que o HIV/AIDS não possa ser assustador, que não leve ao sofrimento e à estigmatização social. Porém, não é por meio desse caminho que conseguiremos desvendar os aspectos tão profundos que envolvem o problema. Nesse sentido,

as campanhas de educação em saúde e seus respectivos materiais têm sido alvo de críticas e classificações.

Destaco a crítica feita por Cristina Figueiredo (1998). A autora classifica os materiais e as campanhas conforme os modelos de prevenção adotados e sugere cinco tipos de modelos, dentre os quais destacaremos três.

O primeiro deles é o Modelo de Princípio Moral. Sob forte influência das igrejas, os materiais que seguem esse modelo pregam a monogamia ou abstinência e condenam as relações extraconjugais como meios de prevenção do vírus. Esse tipo de prevenção não teve muito eco no Brasil, devido ao grande descompasso cultural entre o que era proposto e o sentimento da maioria da população. Apesar disso, muitas vezes, é utilizado como orientação em consulta individual (percebi isso nas minhas observações). Também têm alguma força em campanhas para adolescentes em países como Uruguai, Chile e regiões da América Central e dos EUA.[25]

Um segundo modelo é o do Amedrontamento, em que “as informações são passadas expondo-se tudo de ruim que pode acontecer. Nas campanhas contra a AIDS da era Collor, essa postura fica bem clara.” (Figueiredo,1998). Aqui, os já clássicos chavões (do tipo “A AIDS mata”, “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”) fizeram história e ainda ecoam na memória de muitas pessoas. No entanto, tais campanhas não chegam a atingir a população, pois, diante do medo, muitas pessoas negam essa informação, principalmente, porque a sexualidade é

[25] Tal observação foi feita através do material acessado por mim no XIV Conferência Internacional para AIDS, em Barcelona, em 2002.

mais associada a idéias de prazer e emoções positivas do que a medo, dor e morte (Figueiredo,1998: 10).

O modelo do Conhecimento Científico visa informar, de forma objetiva e imparcial, dados chamados científicos, para as pessoas tomarem *"decisões racionais e bem fundamentadas, e é essa tendência que a maioria dos materiais segue atualmente, como já discutimos e também como nos mostram os materiais anexados".* (Figueiredo, 1998:11)

É possível observar que os três modelos de prevenção enfatizam um ou outro aspecto do problema, mas, quanto aos elementos comunicativos e educacionais, se inserem em uma perspectiva normativa, modelo que critico em todas as minhas reflexões e na minha prática. Ainda sobre o modelo normatizador, é pertinente destacar a homogeneização dos materiais, não diferenciando os sujeitos a atingir. Não há um público específico, não há diferenciação de sexo, idade, etnia ou região. Também não é utilizada uma linguagem regional específica.

Sobre as mulheres com parceiro fixo, a Unidade onde eu trabalho nunca recebeu um material específico para elas ou para qualquer especificidade que seja. Todos são generalizados, dirigidos para todos, o que faz com que ninguém se identifique com esse tipo de folheto ou cartilha, pois não permite uma codificação de proximidade entre aquilo que está no folheto e o que é vivenciado pelo sujeito que o está lendo.

Outro aspecto a salientar sobre o material educativo disponível é a insistência no uso da camisinha, ainda que, em nenhum dos folhetos

pesquisados,(Anexo D) ele seja problematizado[26]. As frases mais comuns em relação à camisinha, utilizadas nos materiais, são:

"É fácil se prevenir. Use a camisinha."

"Só a camisinha pode te proteger."

"Usar preservativo é um ato de amor e cuidado consigo e com o outro."

"Como evitar a transmissão do HIV? Usar camisinha, durante TODAS as relações sexuais."

"Como se proteger do HIV? Usando a camisinha em todas as relações sexuais , pois mesmo quem já é portador pode se infectar novamente, acelerando a doença."

"Camisinha. Fácil e gostoso de usar."

Esses exemplos nos mostram como a verdade científica objetiva é considerada universal e sem questionamentos.

É claro que, usando camisinha, estamos protegidas das ISTs/HIV/AIDS e gravidez. Mesmo assim, tal verdade científica necessita ser construída no contexto. Do contrário, a população não se reconhecerá no material apresentado, que, então, não fará sentido (há inúmeras estatísticas do aumento progressivo de mulheres com HIV e AIDS que nos mostram isso). Acredito que o uso da camisinha somente será possível quando forem superadas as várias dificuldades enfrentadas pela mulher no seu dia-a-dia. Como observei até aqui, a maioria do material educativo disponível tem como referência um modelo de educação e

[26] Esta discussão será retomada na análise dos resultados (capitulo 3), quando a população coloca as suas estratégias e dificuldades em relação ao uso do preservativo.

comunicação lineares, cujo *"emissor emite um estímulo para provocar uma resposta no receptor*" (Garcia,1997:33), o que se distancia de uma educação baseada no diálogo, voltada à reflexão e à participação.

Outro aspecto que deve ser conversado na prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo é a questão da fidelidade/infidelidade. Esse tema não é abordado nos materiais. Somente, em materiais mais antigos, é reforçada a prática de redução dos parceiros sexuais. Isso, por ser contra o sentir cultural de grande parte da população brasileira, é o mesmo que fazer um diálogo de surdos. De um lado, os técnicos com a sua visão higienista e contraditória, e a população (nessa categoria, incluímos os profissionais de saúde), vivendo a sua trajetória cultural sem questioná-la. A pesquisa realizada pelo Cebrap e o Ministério da Saúde, em 1999, mostra que, no último ano, 71% das mulheres teve relação sexual com um único parceiro, contra 46% dos homens. E, concomitantemente, 79% das mulheres com parceria estável não usa preservativo. Porém, 95% dos participantes na pesquisa reconhecem como situações de alto risco as relações com muitos parceiros.

Diante do que foi colocado, concluo que a mudança de comportamento ou de atitude em relação à prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres "*não é resultante de informações + boa vontade"* (Ayres et alii, 1999:55), aspectos que o material existente insiste em veicular, já que está também dentro da perspectiva de comportamento de risco .

Acredito que o material educativo dirigido a mulheres com parceiro fixo (e a todos os outros grupos populacionais) tem que auxiliar um processo educativo que vise a problematização e as mudanças críticas no cotidiano, ou seja, que suscite a

discussão sobre as relações emancipatórias das mulheres em situação de vulnerabilidade, como é a população do meu estudo. É necessário um material com uma visão complexa e crítica do problema, abordando contextos de vulnerabilidade individual, social e programática, temas que quase nenhum dos materiais educativos existentes se ocupa em compreender, explicitar ou dialogar.

Destaco ainda o fato das ONGs aqui exemplificadas também seguirem um referencial normativo nos seus materiais (o que se repete na maioria dos materiais de outras ONGs). Isso revela uma contradição entre a prática dessas organizações, sabidamente à frente das instituições governamentais no que se refere à prevenção das ISTs/HIV/AIDs, e o seu material, que não mostra toda a sua prática e vivência. Em outros termos, posso dizer que as ONGs e as instituições, geralmente, defendem e propõem o conceito de vulnerabilidade para trabalhar as ações preventivas sobre o HIV, mas, no material, continuam presas a um referencial de comportamento de risco.

Ao meu ver, isso ocorre, primeiro, porque na prática educativa o referencial de comportamento de risco, baseado na pedagogia tradicional, ainda está em fase de superação. E, segundo, porque há um não entendimento reflexivo sobre o papel do material didático e sua relação com todo o processo teórico metodológico educativo. Ou seja, o referencial teórico metodológico do processo educativo deve ser o mesmo do material educativo, aspecto que o material educativo existente insiste em contradizer.

Desse modo, diante da complexidade do tema a ser desenvolvido neste estudo, a metodologia dos processos educativos foi necessariamente problematizadora, dialógica e participativa, permitindo resgatar as vivências do

cotidiano das participantes. Um dos produtos finais desse processo educativo foi a elaboração de material educativo (3 cartilhas e um cartaz) produzido em conjunto pelos técnicos e a população, conforme o mesmo referencial teórico-metodológico do processo educativo.

3.2 A construção participativa de material educativo para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda com parceiro fixo.

Desde maio de 2000 até março de 2002, iniciou-se a primeira fase da minha tese de doutorado.

Essa etapa envolveu quatro Unidades de Saúde do SSC: Unidade Divina Providência (localizada na Vila Jardim, meu local de trabalho), Unidade N. S. Aparecida (localizada no bairro Sarandi), Unidade Jardim Leopoldina (localizada no bairro homônimo) e Unidade Jardim Itú (localizada no bairro homônimo).

Participaram 16 profissionais das mais diversas categorias (médicos, psicólogos, auxiliar de enfermagem e assistente social) e cerca de 40 mulheres dos diferentes bairros.

Além disso, foram realizados os grupos educativos que elaboraram o material educativo (Apêndice F,G, H I) e realizaram a confecção de um Manual para Equipes de Saúde (Apêndice J), que explica de forma clara como se desenvolve um processo educativo reflexivo. Este último foi distribuído pelo

Ministério da Saúde, através da Coordenação de Educação Popular, para todas as Unidades Básicas de Atenção do Programa Saúde da Família (PSF).

No mesmo período, desenvolveu-se a construção do material para a prevenção de IST/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo e de baixa renda.[27].

A seguir, relato o processo educativo dos grupos onde se deu a construção do material. Destaco que é um relato descritivo do processo educativo. Optei por fazer a descrição do contexto no momento de avaliação do material, assim como as reflexões teóricas dos eixos temáticos.

A fase de construção do material foi uma pesquisa qualitativa participante, em que propiciamos espaços educativos grupais, em quatro Unidades de Saúde do SSC já citadas.

As mulheres da população que participaram da elaboração do material educativo, no total de quarenta, tiveram as seguintes características:

a) A faixa etária das mulheres participantes vai de 20 a 50 anos, sendo que, no Jardim Itú, a maioria das participantes tem mais de 50 anos, e mais da metade tem vida sexual ativa.

Cabe destacar que, nesse bairro, existe o maior percentual de idosos de todos os bairros em que o SSC atua.

[27] O relato do processo da pesquisa realizada se baseia no “Relatório Final“, que elaborei com Renata Pekelman e Daniela Wilhelms, encaminhado à Coordenação Nacional de DST/AIDS em março de 2002.

b) Em relação à escolaridade, dois grupos tem Primeiro Grau incompleto (Nossa Senhora Aparecida e Vila Jardim) e dois grupos tem 1^{O} e 2^{O} Graus incompletos (Jardim Itú e Jardim Leopoldina)

c) A renda familiar das Unidades Nossa Senhora Aparecida e Divina Providência é de até 2,5 salários mínimos, e, nos outros dois bairros (Itú e Jardim Leopoldina), a renda familiar é de até 4 salários mínimos.

d) O número de mulheres participantes nos encontros é de 8 a 12.

e) As mulheres participantes, na maioria, se caracterizam por ter filhos; a maioria não usa preservativo; quase todas são casadas há mais de 5 anos e trabalham como trabalhadoras informais (sem vínculo empregatício ou por contrato temporário). Cabe destacar que as mulheres dos bairros Vila Jardim e N.S^{ra} Aparecida trabalham como faxineiras e domésticas.

   Já as mulheres do Leopoldina, na sua maioria, são vendedoras (de cosméticos, produtos domésticos de catálogos, “sacoleiras”). No Jardim Itú, todas as mulheres de mais de 50 anos são donas de casa ou aposentadas.

f) Em todas as unidades, elas têm o sentimento de que os parceiros e a família desvalorizam o trabalho doméstico. Assim sendo, na avaliação delas, os grupos organizados na Unidade de Saúde servem para fugir de tal rotina. Quanto aos profissionais que integram esse estudo, todos participaram de reuniões, de leituras prévias aos grupos educativos e de um seminário, em que se discutiu o problema em estudo e a proposta de abordagem dentro de uma metodologia problematizadora.

Após o seminário, organizado para os profissionais do SSC interessados, estabelecemos um prazo para que as Unidades de Saúde manifestassem o seu interesse em participar do estudo. Assim, conforme avaliação realizada nas Unidades de Saúde, a pesquisa teve início nas unidades descritas. 15 profissionais participantes dessa pesquisa eram mulheres. Somente um homem participou do estudo (da Unidade N. S^{ra} Aparecida).

Quase todas as profissionais ingressaram no SSC entre 1992 e 1994 – exceto algumas, que iniciaram em 1999, e eu, no SSC desde 1991, mas em contato com a instituição desde 1985. O período de quase 10 anos de trabalho no diversos locais da pesquisa possibilitou que todos os profissionais envolvidos conhecessem bem a comunidade onde trabalham. Além disso, todas as profissionais já trabalhavam, há anos, com educação em saúde e, a princípio, declaravam ter conhecimento em e prática com uma metodologia problematizadora,

Quanto às categorias profissionais, em todas as unidades de saúde, se constituíram grupos multiprofissionais e interdisciplinares de trabalho, o que, é pertinente para um tema complexo, pois propicia diversos olhares sobre ele. As profissionais envolvidas nesta pesquisa: psicólogas (3); estagiárias de psicologia (2); assistentes sociais (3); auxiliares de enfermagem (2); auxiliar administrativo (1); médicas gerais comunitárias (4); residente em MGC (1) ; e terapeuta ocupacional (1).

Foram realizados 16 encontros formais de 2 horas, em cada grupo de trabalho. Estes encontros foram registrados em fita K-7 e transcritos. Depois de

transcrito e digitado, o seu conteúdo baseou a elaboração dos roteiros dos diferentes materiais.

O registro das atividades educativas realizadas foi fundamental para retomar as falas mais significativas, bem como as histórias de vida mais marcantes do processo. Provavelmente, elas serão lembradas pela maioria das participantes. No entanto, muitas outras situações contadas pelos participantes e os pequenos detalhes de cada história (que podem fazer diferença), talvez sejam esquecidos. Por isto, temos que recorrer ao registro: somente através dele, é possível fazer uma leitura de todas as reuniões e, a partir dela, selecionar o que pode fazer parte do roteiro. As falas dos participantes têm que ser claras e objetivas e, dentro do possível, temos que encurtar as frases, sem deixar que seu sentido se perca. Também devemos evitar palavras de ligação entre as frases, tais como “talvez”, “porém” ou “embora”, já que dificultam a leitura do texto. Enfim, o roteiro tem que ser coloquial e respeitar a linguagem dos diferentes grupos. Por exemplo, os adolescentes têm uma linguagem distinta da utilizada pelas mulheres adultas, pois as expressões e as gírias fazem parte das diferentes gerações e grupos culturais, o que deve ser respeitado. Facilitar a leitura e a compreensão não significa banalizar o problema, mas sim torná-lo compreensível para o grupo populacional ao qual o material será dirigido.

Ao ler novamente o registro, em conjunto com a população, devemos ir criando e colocando no papel a história que queremos contar. Depois, selecionadas as falas que consideramos que podem fazer parte de um roteiro, vamos montando nossa história, que será resultado das discussões que já

aconteceram e das que estão por vir no grupo educativo. Então, a história terá as características subjetivas de cada um dos participantes, que, através dos seus mundos de vida, chegaram a tamanho entendimento que foi possível elaborar uma história comum, com validade subjetiva, cultural e social para todos – tanto para a população, quanto para os técnicos – que fizeram parte do processo. O roteiro resulta do diálogo e do consenso, que naturalmente foram precedidos de conflitos, contradições e sentimentos, diversos, e estes aspectos têm que ser relatados na cartilha.(Diercks & Pekelman,2001:)

Os grupos educativos tiveram como objetivos:

1) discutir e conversar com as mulheres a respeito de ISTs/HIV/ AIDS – essa discussão problematizou a identidade corporal, os aspectos sociais e culturais da sexualidade, abordou a negociação do uso do preservativo e principalmente buscou desmascarar o silêncio cultural que envolve todos esses assuntos;

2) elaborar uma cartilha adequada à realidade social, econômica e cultural (incluindo a linguagem) dessas mulheres para reproduzir nas comunidades as discussões dos grupos. O material deve se caracterizar por seguir uma pedagogia problematizadora acerca do tema;

3) distribuir o material nos diversos espaços de convívio dos participantes dessas atividades educativas, com o objetivo de formar redes de conhecimento crítico em relação a esses problemas;

4) avaliar o material educativo produzido a ser distribuído para a população geral.

A organização e o planejamento dos grupos locais decorreu da organização de um roteiro básico para os grupos educativos (que está no “Manual para Equipes de Saúde”), feito conjuntamente pelos coordenadores dos grupos, podendo ser modificado por cada equipe, conforme sua realidade.

Inicialmente, foram esboçados oito encontros, que poderiam ser desdobrados, o que aconteceu na maioria dos grupos. Houve uma média de 12 encontros para discutir os temas, outros quatro a seis para discutir a elaboração do material e mais dois encontros para definir a distribuição do material. Os coordenadores de grupo se reuniam previamente para planejar os encontros e fazer a avaliação correspondente.

A seguir, destacamos os aspectos mais importantes do planejamento local dos grupos educativos.

a) A divulgação dos grupos para a população foi feita através de diferentes estratégias, conforme cada Unidade. Numa das equipes, havia um grupo de mulheres desativado, cujas participantes gostariam de retomar. Assim, o chamamento foi exitoso. Noutra, pessoas de referência da comunidade fizeram a divulgação. Duas Unidades fizeram, inicialmente, um convite de forma geral à população feminina, fazendo distribuição de panfletos de divulgação, mas a distribuição aleatória não provocou interesse em discutir a prevenção das DSTs/AIDS, já que as mulheres falavam espontaneamente *“isso não é prá mim , isso é prá mulher que anda namorando por aí”*. Diante de tal resistência por

parte das mulheres casadas em discutir o problema, passou-se para uma conversa individual, indo de casa em casa, para explicar informalmente o motivo da reunião.

b) Todos os encontros grupais se caracterizaram pela valorização das histórias de vida das participantes, sendo esse o aspecto fundamental no processo educativo desenvolvido.

c) O processo dos grupos tinha como objetivo, não a afirmação superficial "Vamos usar a camisinha" (reação inicial comum nos serviços de saúde), mas sim o estabelecimento de um vínculo e a sensibilização para o tema da negociação com o(s) parceiro(s).

d) O registro dos encontros foi feito através de gravação em fita k-7 e observação participante. Em duas unidades, houve também filmagem das reuniões. Cabe destacar que o registro em fitas k-7 foi integralmente transcrito para servir de base para avaliações, artigos e principalmente para ser utilizado na elaboração dos roteiros das cartilhas. Somente na Unidade Jardim Itú, a transcrição não foi possível, pois a gravação não ficou adequada, devido ao ambiente disponível para a realização dos grupos.

O desenvolvimento das atividades educativas se deu no sentido, não apenas de informar, mas principalmente de sensibilizar as participantes e proporcionar-lhes um espaço reflexivo sobre o problema em questão.

O SSC já vinha fazendo oficinas com enfoque no repasse de informação, que não produziam um questionamento sobre a vulnerabilidade das integrantes dos grupos, embora elas já conhecessem e soubessem manusear os preservativos, além de ter algum conhecimento sobre a AIDS.

Podemos dizer que a participação delas não era justificada porque se sentiam vulneráveis, mas sim pela curiosidade sobre o assunto e o interesse em discutir o tema com a sua família. Ficou claro para nós, desde o primeiro encontro, que as mulheres com parceiro fixo desconheciam a sua crescente vulnerabilidade em relação à epidemia, acreditando que a AIDS é um problema de grupos de risco: *"é uma doença de mulher da vida, e também daqueles... de bicha, mulher casada não, não pega...".(R., dona de casa, 35 anos, casada há 14 anos).*

Sendo assim, no primeiro encontro, houve uma grande sensibilização por parte das mulheres com a técnica de apresentação. Cada uma teve que se apresentar através de um objeto. Essa técnica propiciou que as mulheres se sentissem à vontade para começar uma conversa que tinha como foco a subjetividade das participantes. Cabe destacar que, nas reuniões, sempre havia espaço para as mulheres colocarem as suas situações de vida, o que desencadeava discussões sobre o seu cotidiano: relação com o companheiro, criação dos filhos, tarefas da casa, cuidado com o corpo e valorização da auto-estima.

Devido ao teor das discussões que aconteciam no grupo, sempre houve polêmicas entre os coordenadores dos grupos (exceto quanto aos aspectos biomédicos do problema), pois havia, entre eles, visões diferentes: alguns coordenadores pensavam que era necessário seguir um roteiro que discutisse mais os aspectos biológicos, enquanto outros defendiam que a discussão nos grupos deveria inserir a problemática das DST/AIDS no cotidiano das mulheres, ou seja, deveria levar em consideração toda a complexidade do problema. Esta

opinião prevaleceu sobre a anterior no desenrolar dos trabalhos, mantendo a coerência com a metodologia educativa da pesquisa.

Ainda no primeiro dia, foi proposto um abraço coletivo cujo objetivo era "afetar" e mexer com as participantes. Na Unidade Nossa S^{ra} Aparecida, houve muita troca entre as conhecidas, e aquelas que "sobraram" se abraçaram entre elas. Na verdade, essa subdivisão se manteve por algum tempo. Somente no decorrer do processo, o grupo se integrou totalmente.

Na UDP, por sua vez, ocorreu uma sucessão de abraços e trocas de afetividade muito intensa e emocionante, criando uma forte sensação de cumplicidade, acolhimento e confiança. No decorrer desse dia, ainda solicitamos às participantes que desenhassem o próprio corpo. Inicialmente, detectamos uma resistência significativa em fazer a atividade, seja pela preocupação estética ("*ah, eu não sei desenhá..."),* seja pela presença da psicóloga que iria interpretar os desenhos.

Entendemos que havia uma série de dificuldades nessa atividade. A primeira era fazer o desenho em si, explicitando a dificuldade das mulheres nessa condição social em lidar com o lápis colorido, com o transportar-se para a imaginação e a criatividade. Isso acontece, principalmente, por elas estarem muito presas a um cotidiano de sobrevivência, cuidados com a família e tarefas domésticas, além de não terem acesso à escolaridade, a papel, canetas, etc.

A segunda dificuldade observada era de origem cultural. Elas não conseguiam visualizar o próprio corpo através de um desenho. Desenhar o corpo equivale a falar sobre ele, o que, a princípio, está envolto em silêncio (construído social e culturalmente). Elas se desenharam totalmente vestidas ou somente com

os seios nus. Essa dificuldade foi discutida, e as participantes revelaram que não se olham, não conhecem o seu corpo. Há uma repressão sobre o corpo e a sexualidade. Existe dificuldade em mostrar-se para o marido (a mulher não vê o corpo dele nem mostram o seu).

Em relação aos filhos, parece que, aos poucos, tal inibição corporal está diminuindo. Porém, há uma notável diferença entre a filha e o filho. Ele tem mais liberdade com o corpo, enquanto ela deve ter mais pudor e delicadeza. Demonstra-se, assim, como são vivenciadas, de maneira marcante, as construções de gênero que estabelecem o que é adequado no comportamento de uma mulher e também de um homem.

No final da primeira reunião, todas levaram um espelho para casa para olharem a sua genitália.

Na segunda reunião, as mulheres, de forma geral, relataram não ter conseguido se olhar no espelho. A maioria alegou vergonha, achou a sua genitália externa feia, sem graça e suja: *“Sempre fede, tá suada... Já o pau deles é bonito...”* . Essas falas evidenciam construções culturais em que o corpo e a sexualidade masculinos são considerados superiores e mais dignos e, conseqüentemente, remetem também para uma sexualidade masculina mais em evidência, com mais liberdade e prazer.

Além disso, as mesmas falas caracterizaram a discussão sobre o corpo nas Unidades UDP e UNSA, bairros pobres com renda familiar de até 2,5 salários mínimos e baixa escolaridade. No decorrer dos encontros, fomos problematizando as mesmas questões. Gradativamente, as mulheres que não tinham usado o espelho foram retornando para o grupo contando que tinham se olhado e se

surpreendido com o que viram. Traziam para o grupo alegria por conseguir quebrar uma “proibição” culturalmente imposta, ao relatarem sua surpresa com a “aparência” da própria genitália externa, deixando de considerá-la feia e suja.

“Esses dias, me olhei no espelho e me achei bonita. Até aqueles babados que eu tinha sumiram. Eu disse para mim: nossa, eu até que tenho um corpinho legal ainda. Eu me achava tão feia. Também me olhei por baixo. Nunca mais tinha feito aquilo... sabe que gostei? Mas foi tudo graças ao grupo, às conversas aqui da gente.. Estou entusiasmada. Estou mudando, aos pouquinhos. Já consegui viajar sozinha, visitar o meu pai. Nunca tinha conseguido isso. Meu marido não deixava, e eu achava que não podia...”.(L., 40 anos, dona de casa)

Ao mesmo tempo, surgiam dúvidas (surpreendentes para nós, profissionais da saúde), em relação à genitália externa feminina, como mostra a seguinte fala:

“*A gente tem dois buraquinhos ou três? Fiquei na dúvida...”.*

Tem dois... dois, um por onde sai o xixi e a menstruação e outro por onde sai a criança”

Essa fala, surpreendente para mim, vem de uma mulher de 22 anos, com quatro filhos, que mora na Vila Jardim. No momento da fala, eu me surpreendi tanto que lancei um “Nãooo, não é assim...!” ,mas, no mesmo momento, a psicóloga[28] que estava coordenando a reunião fez um sinal para que eu me calasse. Serenamente, ela conseguiu desviar a minha fala inadequada e perguntar *“Como assim, dois buraquinhos?”.* Estabeleceu-se, então, uma longa conversa,

[28] A psicóloga a quem me refiro é Vera Pasini, com quem muitas vezes aprendi a coordenar grupos, de forma tranqüila e reflexiva.

cheia de dúvidas por parte de todas as mulheres, que possibilitou a muitas mulheres se olharem novamente, conhecerem o seu corpo de mulher, construído na base da vergonha e do silêncio.

O exemplo – existem vários outros – mostra o quanto pode ser difícil problematizar, questionar assuntos que, para mim, estão dados, cristalizados e fazem parte da minha construção corporal e subjetiva. Se não fosse a intervenção da outra profissional, provavelmente eu teria abortado uma riquíssima discussão.

Na UJI, muitas das mulheres, em especial as mais velhas, diziam conhecerem a si mesmas, argumentando que é importante se olhar, é uma questão de saúde, examinando-se podem descobrir doenças, como corrimento, etc. Disseram também que o cuidar de si é importante. Tais falas nos surpreenderam, pois esperávamos um pudor maior entre mulheres mais velhas. Entretanto, atribuímos essa maior liberdade com o corpo a uma maior escolaridade das mulheres daquele bairro e também à nova inserção dos idosos no seu meio, que lhes proporciona maior autonomia, afetividade e segurança. A participação do idoso no cotidiano do bairro é uma característica do Jardim Itú.

Também foi discutido que a maioria das mulheres dos grupos consideram feio o ato sexual, inclusive explicitando que, muitas vezes, fizeram sexo por obrigação. Nesses encontros, percebemos a dificuldade delas no relacionamento afetivo-sexual com os seus companheiros, demonstrando uma submissão afetiva e um desconhecimento do seu corpo e das suas possibilidades de prazer.

Nos encontros iniciais, tentamos problematizar a questão do corpo, do relacionamento com o companheiro, do seu prazer, do cuidar de si. O processo foi

extremamente rico, já que o grupo de mulheres participantes foi “afetado” pelas questões mencionadas.

A negociação com o parceiro foi o principal assunto em todos os encontros realizados. Podemos dizer que, no início, a negociação parecia inviável, muito longe da realidade cultural daquelas mulheres, mas lentamente elas mesmas perceberam que é possível negociar com delicadeza, com “jeito”, usando várias estratégias que possibilitem ou facilitem “comer o mingau pelas beiradas”. O acordo com o companheiro é único e subjetivo. Cada casal tem tempos, cotidianos e características subjetivas próprios.

Consideramos que o fato de, em vários grupos, participarem mulheres que já faziam uso do preservativo nas suas relações trouxe para o processo educativo noções da realidade e das dificuldades enfrentadas no cotidiano com os parceiros.

No encontro seguinte, o foco da discussão foi a negociação do uso da camisinha com o parceiro dentro dessa complexa realidade. Para isso, inicialmente, utilizamos o vídeo “Mulher”, do Ministério da Saúde. Todas assistiram com atenção. Sensibilizaram-se com as histórias de vida de mulheres casadas que se infectaram com seus companheiros. Por outro lado, também notamos que algumas mulheres tinham muita dificuldade em tocar no assunto.

Nesse ponto, iniciou-se a discussão sobre a fidelidade no casamento. Notamos que a infidelidade masculina é vista como natural, embora seja negada. Já a infidelidade feminina, por princípio, não existe. Assim, surgiu o desafio de questionar essa relação, que é contraditória entre o dizer e o fazer. Ou seja, a mulher nega a infidelidade do marido, mas não consegue propor ao companheiro o uso da camisinha para se proteger, pois ”haveria muita briga e confusão.” Elas

aceitam o papel de vítima, introjetando a dominação masculina. Há um silêncio culturalmente reforçado que dificulta a abordagem do assunto.

Foram relatadas experiências em que as mulheres conseguiram negociar o uso do preservativo após confirmarem a infidelidade do companheiro. Tal negociação foi extremamente difícil por acarretar em agressão verbal (em alguns casos, física também). Foram longos meses de negociação, e negar-se a manter relações sexuais foi a principal “arma” para conseguir seu objetivo.

Junto com essa discussão, houve muitas falas em que as mulheres colocaram as suas grandes dificuldades em obter prazer com o companheiro. Muitas falaram que “tinham nojo” e que transavam só como “coelhinhos”. Assim, os grupos nos mostravam que negociar o preservativo equivalia a negociar “ser mulher”, conversar sobre o seu prazer negado, sobre o seu desconhecimento do corpo e do parceiro, discutir formas novas de prazer e de manifestação da sua sexualidade, enfim, um resgate da sua subjetividade e identidade feminina inserida em um cotidiano cujos valores predominantes são masculinos.

Depois dessas falas, passamos o álbum seriado sobre DST/AIDS. As fotografias realistas (coloridas e ampliadas, permitindo ver detalhes) impactaram de forma significativa as participantes. Elas desconheciam aspectos objetivos de transmissão e características clínicas da maioria das DSTs, mas era familiar para elas cândidas, gardnerella e trichomonas porque elas já tiveram tais doenças. Todas elas negaram ter tido sífilis e/ou gonorréia. Havia também um desconhecimento total da relação do HPV com o câncer de colo.

Após a discussão, passamos para uma demonstração prática do uso da camisinha. Todas as mulheres colocaram corretamente o preservativo na prótese

peniana, ficando claro para as participantes e para as coordenadoras dos grupos que a dificuldade não está no manuseio da camisinha, mas sim no seu uso com o parceiro.

Todas as mulheres levaram camisinhas para tentarem utilizar com os seus parceiros. Algumas mulheres decidiram usar o preservativo porque achavam que não haveria dificuldade na sua negociação. Outras (principalmente na Unidade Divina Providência), no início, não tentaram, pois estavam temerosas da reação dos seus parceiros. Nos encontros seguintes, aquelas que o utilizaram tentavam estimular as outras para também usarem, argumentando que era mais higiênico, confortável e seguro.

No Jardim Leopoldina, todas discutiram cada reunião com seus parceiros, muitas vezes, trazendo suas dúvidas para os encontros. Esta mesma atitude foi compartilhada pelas mulheres da Unidade N.S^{ra}. Aparecida. Em ambos os grupos, as participantes levaram as informações para amigas e para outros espaços de convivência.

Em todos os grupos foi destacada a dificuldade de negociar o preservativo com o companheiro, mas cada um deles se aprofundou em aspectos diferentes conforme a sua realidade.

Na Unidade N.S^{ra} Aparecida, foi tematizada a violência do dia-a-dia e como ela se “infiltra” nas relações do casal e da família, que, amplamente discutida, foi o foco da cartilha.

Na Unidade Jardim Leopoldina, a necessidade de negociação foi se instaurando no decorrer do processo educativo, e os homens demonstraram

interesse em participar das reuniões. Cada mulher tentou negociar com o seu parceiro de acordo com a realidade afetiva do casal.

Na Unidade Divina Providência, a dificuldade de negociação se situava no medo: medo de falar sobre o assunto, medo de ser agredida física e psicologicamente pelo parceiro, medo de perder o sustento, medo de conhecer o seu corpo. Assim, as discussões no grupo, destacadas na cartilha, voltavam-se a retomar a auto-estima e a subjetividade das mulheres.

Na Unidade Jardim Itú, havia três olhares distintos para o uso do preservativo: o das mulheres casadas com dificuldade de perceber a sua vulnerabilidade; aquelas sem parceiro fixo, que incorporaram o uso do preservativo; e as que estavam no segundo casamento e discutiam a possibilidade de usar preservativo.

Surgiram dificuldades de fazer sexo seguro entre homens de terceira idade, relacionadas à ereção, o que possibilitou a discussão do uso do preservativo feminino.

Em todos os encontros, notamos que uma grande preocupação com o resgate da sexualidade, bem como a dificuldade de negociação, tanto do próprio prazer, como do uso do preservativo.

Assim, no decorrer dos encontros, o tema da negociação, do estabelecimento de uma conversa com o companheiro sempre retornava e, aos poucos, as mulheres foram desenvolvendo e testando formas e estratégias de abordagem do assunto com o companheiro. A maioria delas sugeriu que esse tema, que envolve discutir as questões de fidelidade com o companheiro, fosse conversado “comendo o mingau pelas beiradas”. Se o assunto for abordado de

forma direta e objetiva numa primeira conversa, dificilmente a mulher terá resultados positivos. Por isso, as mulheres se utilizam de vários caminhos para abordar o uso do preservativo, como, por exemplo, “largar” algumas camisinhas em locais visíveis da casa para surpreender o marido e começar a discussão; comentar os encontros dos grupos e os assuntos abordados; contar histórias sobre infidelidade de algum conhecido ou vizinha; mostrar material educativo “apavorante” que faça com que o parceiro sinta medo; falar dos diferentes usos da camisinha durante o ato sexual; diferenciar a fé cega da fé fantasiada e da confiança no parceiro, no sentido de conhecer o parceiro e investir na qualidade da relação; comentar o material educativo disponível; falar com os filhos; contar as vantagens ouvidas e discutidas sobre o uso da camisinha; utilizar a camisinha de forma a “esquentar” a relação, etc.

Enfim foram usadas várias formas de ir rondando o tema até chegar ao assunto principal, que seria a discussão da provável infidelidade e a negociação do uso da camisinha. Este uso também é negociável para cada casal.

Assim, cada mulher, no seu tempo subjetivo, ia aprendendo a colocar o tema e discuti-lo com profundidade com o parceiro. Temos certeza de que as participantes foram “afetadas” nesse processo educativo, mas a discussão sobre o uso do preservativo por parte das mulheres com parceiro fixo deve ser continuamente reforçada, esclarecida e discutida, seja em grupos, seja na consulta individual, e especificamente, neste trabalho, quando acontece a distribuição por parte das mulheres do material educativo elaborado.

Após esses encontros, constatamos que :

a participação nas oficinas propiciou fugir da rotina doméstica;

os homens eram representados graficamente como fortes e bonitos, evidenciando uma baixa auto-estima por parte das mulheres participantes;

as mulheres não se mostram, nem para as filhas, nem para os maridos, e pensam sobre sua genitália como um órgão sujo, demonstrando dificuldade em relação ao corpo;

não usam camisinha, alegando ser difícil de se acostumar, e que não usar preservativo é uma prova de amor; o uso do preservativo em uma relação estável suscita desconfianças sobre a fidelidade do casal, já que inicialmente elas não se percebem como uma população vulnerável;

há profundas dificuldades em relação à sexualidade. De forma geral, a mulher se submete sexualmente ao seu companheiro, negando o seu corpo e o seu prazer;

não dialogam sobre a infidelidade, apesar de algumas terem passado a usar preservativo após episódios de infidelidade do companheiro;

há um silêncio cultural imposto em relação a todos os aspectos citados (corpo, sexualidade, negociação). Ou seja, a mulher tem que aceitar os valores patriarcais dominantes sem questioná-los;

uma vez constatada essa situação, as mulheres tentam, cada uma ao seu modo, mudar,pelo menos em alguns aspectos , o cotidiano em que se encontram;

o objetivo de todas elas no decorrer do processo educativo foi de, pelo menos, “tentar” conversar com o parceiro todas as questões já citadas;

o uso da camisinha é decorrência das tentativas de diálogo.

O processo de elaboração dos roteiros e diagramação das cartilhas

As quatro Unidades em questão desenvolveram a elaboração dos roteiros de forma semelhante quanto aos aspectos técnicos do processo, embora o nível de participação tenha sido diferenciado em decorrência basicamente do nível sócio-cultural das populações envolvidas e também do grau variável de apropriação, por parte dos profissionais, da proposta pedagógica deste estudo.

Na Unidade Jardim Leopoldina, as próprias participantes do grupo elaboraram uma cartilha. Discutiram alguns aspectos gerais do roteiro e se reuniram fora do horário usual do grupo para elaborar o roteiro, os desenhos e a diagramação de uma cartilha.

Quando aconteceu o encontro “oficial”, as mulheres “surpreenderam” as coordenadoras com uma cartilha pronta. Foi um momento emocionante e de muita troca, porque se vivenciou concretamente, através do material educativo elaborado, toda a discussão que aconteceu ao longo dos encontros.

O grupo era extremamente motivado, sempre pensando nos próximos passos a serem feitos e discutindo animada e respeitosamente o momento vivido. A cartilha elaborada pelo grupo começa com uma capa simples, manuscrita com lápis de cor verde, com o seguinte título: “APRENDENDO COM A VIDA” . (Anexo E)

Nela, cada participante se apresenta, colocando dados pessoais. As participantes tentaram se desenhar o mais próximo possível da realidade, com muito colorido e percebe-se afeto e dedicação nos desenhos, pois primam pelos detalhes (o brinco, o tipo de cabelo, um colar...).

Depois da primeira apresentação, elas começam a discutir, através de suas histórias de vida, como elas vêem a problemática do HIV, do uso da camisinha,

das suas dificuldades para negociar, da necessidade de resgatar a auto-estima e dialogar com os parceiros, da troca com eles dos momentos vivenciado no grupo, enfim, como cada uma tenta resgatar e lutar por uma vida com mais qualidade. E isso tem que ser feito rompendo com o silêncio imposto culturalmente para a maioria das mulheres de baixa renda. Tem que conversar sobre a infidelidade, sobre o uso do preservativo nas relações, sobre como vai o casal.

A cartilha não tinha final e o próprio grupo solicitou a uma das coordenadoras para “pensar” sobre um final para a história, que não poderia ser “muito cor-de-rosa” e que estimulasse a discussão entre os casais para dialogar sobre estes problemas. Para isso, todo o grupo de trabalho se reuniu. Tentamos montar um roteiro que reunisse as falas das mulheres, tanto as das cartilha como as das reuniões, e também as falas dos técnicos, já que um dos objetivos do material educativo era justamente colocar todos os saberes que participam do processo educativo. O roteiro inicial ficou quase igual ao da versão final da cartilha, a não ser no seu parágrafo final que relatamos a seguir:

Regina - É difícil, mas tem que tentar falar sobre todos estes problemas.

Cyntia - Poderia convidar os homens para participar desta conversa...

Judite - Difícil eles aceitarem, mas vamos tentar.

Irene - Acho que é por aí... os homens junto, um grupo de homens e mulheres.

Quando esse roteiro ficou pronto, o grupo de profissionais levou-o para as mulheres. Elas receberam-no sem desenhos e consideraram que nós tínhamos tirado todo o sentimento e afeto da cartilha, que o roteiro apresentado não tinha nada a ver com a cartilha feita por elas. Nós ficamos surpresas porque os roteiros eram muito semelhantes. Após escutar as críticas contundentes do grupo,

concordamos que tirando os desenhos do roteiro, nós tiráramos a afetividade visual do material. Elas se tranqüilizaram um pouco, mas falaram que esperariam o desenhista fazer os desenhos para ver como ficaria a cartilha, mas que, até lá, não queriam ver cartilha nenhuma na frente delas.

Depois desse encontro, ficamos muito preocupadas. Relemos o roteiro e constatamos que realmente ele não tinha se modificado muito. Decidimos, então, chamar o desenhista para expor a situação. Mais uma conversa difícil, já que cada desenhista tem o seu próprio traço, o que alteraria os desenhos, mas tecnicamente não existia outra possibilidade. Assim combinamos com o desenhista que ele se baseasse nos desenhos das mulheres para fazer seu trabalho.

Algumas semanas depois, o desenhista nos trouxe os desenhos, e nós ficamos com medo: ao primeiro olhar, avaliamos que ele havia tirado aquela característica detalhista dos desenhos, mas em um segundo momento, vimos que ele mantivera as características das mulheres, apenas mudando o traço do desenho. Apreensivas, levamos o material para as mulheres, pois sabíamos que, realmente, havia diferença entre as duas cartilhas em termos gráficos e visuais. Começamos a reunião e contamos que estávamos com a cartilha, mas reforçamos que tudo poderia ser mudado, que tudo poderia ser refeito a partir de um novo consenso.

As pessoas se olharam desconfiadas, pois reafirmavam que tiramos o afeto da cartilha. Distribuímos a cartilha e várias mulheres esboçaram um sorriso de satisfação. Começamos a leitura, e descrevo este momento no meu diário de campo:

“Elas pegaram ansiosamente a cartilha... Duas falam: estou gostando. Todas acompanham com atenção a leitura e riem das histórias nela contida. Os rostos estão atentos, com expectativa. Uma pisca para outra com aprovação. M. olha para E. com um sorriso e felicidade. A leitura continua. Há uma certa tranqüilidade na sala do grupo. Termina a leitura. Elas ficam num silêncio, se olham... nós olhamos até que E. fala: Bah, ficou melhor, chama atenção. Só achei a história muito curtinha...poderia ter mais”, “é isso aí, tava louca para que chegasse o fim, para saber o final da história, mas queria que fosse mais comprida...”, “gostei, gostei dos desenhos. Claro que ele desenha como homem, e eu desenho como mulher. Acho que é essa a diferença. Acho que está legal.”

Após essa conversa inicial, os técnicos respiraram aliviados, embora por pouco tempo, já que logo manifestaram o seu descontentamento com o final da história, motivo pelo qual é sugerido trazer os homens para o grupo.

Sugeriu-se que seria interessante, mas que na verdade o que ajudaria a mulher que leria o material seria o fato de ela tentar o diálogo com o companheiro em casa primeiro, porque é lá que as coisas acontecem. Para o homem vir ao grupo, primeiro teria que falar com a mulher em casa. Concordamos com estas observações das mulheres. Ficou combinado então que elas junto com a D., iriam refazer a parte final acrescentando talvez três ou quatro quadros.

Isso foi feito, e a cartilha, finalizada, mantendo os outros diálogos inalterados e encaminhada para impressão gráfica (Apêndice G),com os diálogos alterados, colocados como segue:

“Maria – É, vai nessa de confiar. Eu nunca usei camisinha, fui casada 30 anos, estava sempre com ele e confiava. Quando ele estava no hospital, apareceu outra família, ele se relacionava com a outra há 12 anos.

Eva - Acho que tu não queria enxergar, quando busca o diálogo a gente conhece a pessoa.

Cyntia - Fé cega que é diferente de confiar conhecendo a pessoa.

Josy - É a fé fantasiada, na verdade tem que ver a qualidade da relação.

Judite - Tá casado há anos e às vezes mal se conhece.

Irene - Sim, mas a gente não tava falando de AIDS, camisinha.

Eva - É que essa história de usar camisinha toca muito fundo na alma, mexe com confiança, intimidade, auto-estima, responsabilidade da relação.

Cyntia – Esse assunto não tem fim...

Regina - As coisas acontecem por algum motivo, a gente tem que pensar qual a responsabilidade que temos sobre o que nos acontece.

Todas - E você, o que pensa sobre isso???”

Na Unidade Divina Providência, as mulheres participaram ativamente da discussão sobre o tipo de material educativo a ser elaborado. Acharam que uma fotonovela confundiria ficção com realidade, o que não consideravam adequado para uma discussão com a vizinhança. O vídeo também foi deixado de lado,

porque elas imaginaram que seria muito complicado tecnicamente, além das coordenadoras terem colocado a questão do seu custo de editoração. Optaram, então, por uma cartilha com desenhos. Uma vez decidido que seria uma cartilha com desenhos, definiu-se que estes seriam realistas (não caricaturas). Discutiram-se, também, as principais idéias do roteiro, que são as colocadas a seguir:

ASPECTOS GERAIS DAS CARTILHAS:

Falar das outras doenças, não só de AIDS.

Uso da camisinha.

Prevenir as doenças.

Botar desenhos.

Sem letra de doutor.

Ser direto.

Palavras fáceis.

Discutir a negociação.

Colocar as diferenças entre homem e mulher.

Não ter vergonha de falar.

Que tenha intimidade.

Mensagem de carinho: "Se você ama a vida, você lê"

Colocar a foto do grupo, junto com os nomes, como autoria.

Após essa discussão, combinamos que cada uma delas pensaria, em casa, como seria um roteiro. Na reunião seguinte, uma delas trouxe um esboço de roteiro, em que havia acrescentado outros aspectos aos itens já discutidos:

Somos um grupo de mulheres que está discutindo DST/AIDS

Todas as mulheres deveriam se interessar pelo assunto.

Horror que são essas doenças. Os parceiros podem contaminar suas mulheres.

Por quê não prevenir?

Gravidez contamina o bebê.

Prevenir antes.

Vírus HIV pode não desenvolver a doença, por isso é difícil conversar com nossos parceiros.

Pode nos levar à morte antes daquele que contaminou.

Comparecer ao posto mais próximo.

Mensagem para as pessoas que não acreditam que podem ser contaminadas.

Acorde agora. Use a camisinha. Sexo seguro garantido.

Gostar da gente um pouco mais.

Nós mulheres estamos acostumadas a cuidar dos outros e esquecemos de nós.

Nós aqui já estamos se cuidando.

Pequenas mudanças fazem a gente se sentir melhor.

Sentir-se culpada.

Não ter vergonha do nosso corpo, conhecer e falar sobre ele.

Depois que eu comecei a participar do grupo eu gostei. Eu mudei.

Figuras das outras doenças.

Após essas falas, as pessoas sugeriram que a gente montasse um roteiro inicial com todos esses assuntos e que ele fosse apresentado ao grupo em 15 dias. Foi esse, então, o combinado. As coordenadoras do grupo aceitaram a sugestão porque perceberam que elaborar um roteiro, em grupo, era uma tarefa que fugia muito do nível de abstração das participantes. Por isso, decidimos fazer um roteiro e já fazer uma diagramação inicial, para dar concretude ao material educativo e, a partir dele, discutir novamente com o grupo.

O roteiro inicial sofreu poucas modificações, como vemos na versão final da cartilha. (Apêndice F) Foi modificada a contracapa, e as mulheres sugeriram que ela fosse comum às cartilhas dos outros grupos. A proposta foi levada para todos os grupos, que aprovaram a sugestão.

Depois da cartilha ser desenhada e diagramada pelo desenhista, ela voltou para o grupo de mulheres para avaliação. Elas ficaram muito contentes porque se reconheceram imediatamente nas falas e nos desenhos, fazendo os seguintes comentários:

“ - Nossa, mas está igualzinha às nossas reuniões.

- Isso aqui, fui eu que falei, até meu marido vai saber que fui eu, bem feito...”(dá risadas).

- Até o postinho e o cachorro o Rodrigo (o desenhista) fez igual. Essa aqui parece ser eu...

- É tu mesmo .

- Tô louca para distribuir prás minhas amigas, tá igualzinha...”

Nessa reunião, discutimos ainda como seria a distribuição. Inicialmente, elas queriam fazer um grande lançamento com autógrafos e, depois, distribuir em diversos locais.

Já na Unidade Nossa Senhora Aparecida, a discussão se deu de forma semelhante. A oficina foi intensa e houve uma boa participação na elaboração da cartilha e do seu lançamento. As pessoas do grupo como um todo definiram que tinha que ser uma cartilha, também com desenhos bem realistas. Na capa teria que ter alguma coisa que “brilhasse”, como um espelho, pois esse seria um modo simbólico de convidar as mulheres a se olharem, a resgatarem a sua subjetividade, a conhecerem o seu corpo e a sua sexualidade. O roteiro seria baseado na conversa de um casal que iniciava um processo de discussão sobre o seu relacionamento, as diferentes doenças que são transmitidas pela relação sexual, os silêncios que envolvem esses assuntos, o contexto violento em que está a inserida a vila (e como isso tem influenciado a relação deles como casal), a dificuldade de ter prazer, enfim, os múltiplos desencontros na suas vidas de casal. Devido ao custo excessivo, foi descartada a idéia de colocar um espelho na capa. Novamente as mulheres se reuniram e decidiram fazer uma cartilha com quatro histórias, em quatro livrinhos, com uma capa tipo envelope, extremamente criativa e interativa. No grupo, discutimos quais dos pontos que havíamos abordado seria importante contemplar na cartilha, e os profissionais ficaram encarregados de fazer os roteiros finais para serem aprovados pelo grupo.

Durante todo o processo de oficina e confecção da cartilha, as mulheres continuavam trazendo novos assuntos para serem discutidos e refletidos. Muitas vezes, eles eram diferentes do tema principal, mas nós sempre percebíamos que

todos os nossos problemas tinham uma estreita ligação entre si e com o nosso jeito de ser, de viver, com o modo como fomos criadas. Assim, o grupo foi receptivo a todos os assuntos levantados, favorecendo a problematização do cotidiano das participantes.

Quando o grupo fez a versão final da cartilha, estava na hora da despedida. Porém, o grupo não concordou com isso, optando por seguir se reunindo no mesmo espaço e pensar novas temáticas para os encontros. Depois de algumas reuniões, optaram por organizar um grupo de geração de renda, que está funcionando até hoje e, inclusive, já ampliou o número de participantes.

O roteiro final da cartilha foi construído ao longo de vários encontros. Na verdade, foram montadas quatro histórias, com ligação entre si, que remontam o cotidiano das famílias do bairro. As mulheres fizeram questão de colocar um linguajar mais agressivo para ser o mais “realista” possível. (Apêndice H)

A Unidade Jardim Itú teve uma trajetória acidentada, mas bastante interessante. Os problemas nessa unidade começaram a ser detectados no seminário de avaliação de dezembro de 2000: uma das profissionais do grupo dessa Unidade declarou publicamente que estava decepcionada porque todas as outras Unidades tinham conseguido fazer grupos mais ou menos reflexivos e que a equipe dela tinha conseguido fazer apenas um grupo educativo com ênfase na informação. Ela, então, começou a expor as dificuldades apresentadas no dia-a-dia com o grupo de trabalho e as diferenças entre os profissionais, que dificultavam um trabalho educativo mais problematizador. Ou seja, eles tiveram o mesmo problema que o Jardim Leopoldina, mas não conseguiram se mobilizar para mudar o rumo do processo. Destacaram com firmeza que falharam na

questão da problematização e que outros fatores dificultaram o processo: as práticas educativas baseadas no repasse de informação, inculcadas pela formação do profissional de saúde, além do fato de ser o primeiro trabalho do grupo em conjunto. Foi considerado fundamental para um trabalho mais profundo e problematizador o entrosamento entre os profissionais do grupo coordenador. Avaliou-se também que é necessário que todos os membros do grupo tenham clareza sobre a proposta, os objetivos do grupo, do trabalho em si e de cada encontro. Também as relações de poder dos participantes do grupo coordenador, bem como as relações dele com o grupo de mulheres, devem ser discutidas.

Outros elementos foram acrescentados a essa discussão: o fato da Unidade, desde alguns anos, vir realizando poucas atividades educativas de grupo e a pouca apropriação da pesquisa por parte dos profissionais dessa Unidade, atribuída ao não repasse das discussões que aconteciam quinzenalmente.

Nos encontros quinzenais, cada grupo de trabalho tinha os seus representantes. No período da elaboração das oficinas, a representante não pode participar dos encontros pela colisão de horários; por essa razão, por cerca de dois meses não houve representante da Unidade no grupo de discussão. Certamente, isso colaborou para o desenrolar dos fatos, pois não conseguimos discutir com o grupo coordenador o que ocorria em nossos encontros. Entretanto, fazíamos discussões e críticas constantes a cada final de encontro, muitas vezes, enfrentando sérias desavenças em relação à condução do trabalho.

Outra questão de grande importância: a prática “oficineira” da coordenação local, eleita pelo grupo. No primeiro momento, essa característica encantou o

grupo de trabalho por sua destreza e desenvoltura, estabelecendo uma relação de poder/saber difícil de romper depois de iniciado o do processo das oficinas.

Apesar dos problemas do grupo coordenador, as mulheres do grupo sugeriram a realização de um vídeo porque discutiram que era muito importante divulgar o trabalho que estávamos realizando naquele espaço, que deveria ser apresentado na sala de espera, ao invés de ter uma TV ligada nos programas de canais abertos, pouco instrutivos. Colocavam também que, se fosse apresentado pela comunidade, esse material teria muito mais valor que outros, feitos sem relação com a realidade local.

Quando, então, fomos assistir as fitas de vídeo para selecionar as imagens e posteriormente montar o vídeo, percebemos claramente que os profissionais do Itú tinham modificado a oficina proposta, conferindo um caráter mais informativo e menos reflexivo do que era a proposta original. Não havia quase momentos para reflexão dos participantes, e a reunião ficava centrada na coordenadora, que falava o tempo todo sem dar espaço para as mulheres fazerem suas colocações.

Além desse problema metodológico importante, constatamos que as fitas ficaram com o som muito baixo, o que impossibilitaria a montagem do vídeo.

Saí dessa reunião preocupada já que tinha a nítida impressão que o Jardim Itú não tinha conseguido trabalhar adequadamente a proposta do estudo. Fiquei confusa em relação à atitude que me cabia como coordenadora geral do projeto, anotando no meu diário de campo o seguinte:

> *"Após ter visto as fitas de vídeo, fiquei com a clara impressão de que durante os momentos educativos, as pessoas tinham pouco espaço para a*

reflexão. Fico com o sentimento de que seria inviável a realização do vídeo nos termos que a gente estava propondo. Não quis colocar isso para o grupo de trabalho, já que senti que ele tinha percebido o mesmo que eu, mas ainda não estava maduro o suficiente para se colocar sobre este problema."

Após alguns dias, o grupo decidiu que não mais faria o vídeo pelos problemas colocados anteriormente e que chamariam de novo o grupo para fazer uma nova proposta.

Em março de 2001, quando os outros grupos já tinham finalizado os roteiros das cartilhas, o grupo coordenador chamou novamente as mulheres e expôs os problemas da elaboração de um vídeo. O grupo retomou, então, as reuniões e como conseqüência das reflexões feitas em todo esse período, passou a haver espaço para as mulheres colocarem seus problemas, suas dificuldades e medos. Houve também alteração na coordenação do grupo, o que propiciou uma mudança metodológica no desenvolvimento dos encontros.

Foram encontros muito intensos, com a expressão livre das mulheres, levantando questões até então encobertas pelas técnicas comportamentais realizadas no grupo. Aprofundamos questões como sexualidade (especialmente sua descoberta, quando ocorrem novos relacionamentos na terceira idade), temas como o homossexualismo e as vivências pessoais.

A construção do material educativo deu-se de forma conjunta e participativa, pois cada uma das integrantes trouxe contribuições, com textos e situações já desenhadas. Para isso, elas se inspiraram em uma das mulheres do

grupo que, nesse período redescobriu sua sexualidade, *“ela com 70 anos, há 20 anos viúva encontra seu homão de 50 e se descobre como mulher”*.

No decorrer desses “novos” encontros foi retomada a discussão sobre o uso do preservativo com os homens de terceira idade e a dificuldade que isso representa numa idade em que os homens começam a ter dificuldades na manutenção da ereção. O grupo, então, começou a discutir o uso da camisinha feminina, a sua viabilidade e as suas dificuldades. Essas discussões marcaram profundamente as mulheres, que sugeriram que se fizesse um cartaz colocando esta situação: os casais de terceira idade, as suas dificuldades e a sugestão de usar o preservativo feminino.

Assim, foi pensado um cartaz com uma cena típica dos casais de terceira idade, em um baile, discutindo o problema do uso do preservativo masculino e surgindo a proposta de usar o preservativo feminino. O cartaz apresenta, também, de forma sucinta a descoberta da sexualidade possível nessa etapa da vida e a questão da vulnerabilidade com essas novas situações.

Uma das coordenadoras que realizou uma atividade de prevenção de DST/AIDS nas escolas do bairro, lembrou de um adolescente da comunidade que poderia fazer os esboços dos desenhos do cartaz. Ele os fez, e o grupo elaborou o seu material educativo destinado a mulheres e casais da terceira idade. Esse material preliminar foi, então, enviado para diagramação. Foi feito um esboço, aprovado pelo grupo, que ficou aguardando a impressão final (Apêndice I).

Enquanto acompanhávamos o processo de criação gráfica, o grupo de profissionais participantes da pesquisa decidiu elaborar um Manual para as

Equipes de Saúde com o objetivo de contar a nossa experiência e, ao mesmo tempo, fornecer uma orientação inicial para o fazer educativo em saúde.

Esse manual propõe uma metodologia de discussão de questões complexas, de difícil abordagem e entendimento, como são as relações entre o universo cultural, social e econômico e as DST/AIDS em mulheres. Ele, no entanto, não se propõe a ser uma “receita”, mas a ser utilizado de forma crítica e criativa, levando em consideração as possibilidades da realidade de cada local onde acontecerão as atividades educativas (Apêndice J).

Os lançamentos locais das cartilhas e do cartaz aconteceram após alguns meses de espera[29]. Foi com grande ansiedade e alegria que recebemos o material em outubro de 2001. Rapidamente, os diferentes grupos se organizaram para discutir o lançamento local, o lançamento geral ou ato oficial e a distribuição do material.

Cabe destacar que durante o período de espera, os grupos das unidades Jardim Leopoldina e N. S^{ra} Aparecida continuaram a se reunir regularmente, transformando-se também em grupos de geração de renda.

Nas Unidades Jardim Itú e Divina Providencia, o grupo não permaneceu reunindo, mas as mulheres participavam de forma individual nas atividades da Unidade e /ou do bairro.

A seguir, faremos o relato de cada grupo e de como foi feito o processo de lançamento e distribuição do material.

[29] Os entraves burocráticos na realização de pesquisas na minha instituição de origem são ainda um grande desafio para os pesquisadores.

a) UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA:

Assim que recebi o material, entrei em contato com cada uma das mulheres que participaram do processo e avisamos sobre a chegada do material, além de convidá-las a se reunirem novamente para organizarmos o lançamento local e a distribuição do material.

Três mulheres haviam se mudado do bairro (foi impossível localizá-las) e uma disse que não poderia participar; assim, o grupo ficou reduzido a seis participantes. No reencontro do grupo, elas relataram o que tinha lhes acontecido no período em que nos distanciáramos. Todas destacaram que tinham aprendido muito com o grupo, principalmente no que se referia ao relacionamento com o companheiro e com os filhos. Conseguiam falar e ouvir mais. Três mulheres falaram que conseguiram negociar o uso da camisinha com os seus respectivos companheiros, sendo que, dentre elas, duas fizeram acordo para o uso da camisinha nas relações extraconjugais e a outra usa sempre em todas as relações.

Elas relataram várias estratégias, mas acreditavam que a principal foi a de estarem “sempre falando” sobre o assunto quando surgia uma oportunidade. Uma não conseguiu, mas acreditava que isso se devia a outros problemas que o casal vinha enfrentando e que já os estava discutindo com a psicóloga da Unidade. Uma outra já usava, mas conseguiu fazer com que os seus filhos usassem nas suas relações, após várias conversas com as suas noras, e ela está renegociando com o marido mais idoso o uso da camisinha feminina. A última disse que não precisava porque o marido passava confiança para ela.

Durante as falas, nós, como profissionais, ficamos muito contentes, já que elas se manifestavam com afeto, tranqüilidade e alegria por terem conseguido mudanças importantes no relacionamento com seus companheiros, e elas atribuíram que a mola propulsora desse processo foram os encontros com o grupo, que proporcionaram momentos *"para pensar um pouco sobre a vida, sobre a gente".*

O grupo releu a cartilha com muita alegria e decidiu, então, organizar o lançamento no final da tarde do dia 23/11/01, em frente a casa de uma das participantes. Seriam montadas barraquinhas no local com as cartilhas e também com bolos, salgados e refrigerantes que cada uma de nós levaria. Também foi sugerido passar novamente o vídeo "Mulher", do Ministério da Saúde.

As profissionais da unidade colocaram uma faixa na rua e conseguiram alguns CD que tinham músicas alusivas à prevenção de ISTs/HIV/AIDS. Todas nós nos comprometemos em convidar o máximo de mulheres para esse encontro. Ainda nesse dia, o grupo escolheu uma representante para participar da mesa redonda do "evento oficial" de lançamento das cartilhas que seria realizado em um hotel no centro da cidade.

No dia 23 de novembro, apesar do calor intenso, fizemos todo o combinado anteriormente. As mulheres foram chegando ao local e ficamos batendo papo, comendo um bolo, jogando conversa fora, discutindo o problema. Várias foram de casa em casa distribuir o material, assim como convidaram todas as pessoas que passavam para participarem do evento. Várias pessoas traziam as cadeiras de casa para poderem sentar e conversar um pouco com as vizinhas.

Podemos dizer que o número de mulheres que participou dessa atividade foi aquém do esperado, mas foi um momento que propiciou a discussão desse tema inserido no cotidiano das mulheres. Muitas delas, inclusive, levaram o material para distribuir entre as suas conhecidas, vizinhas e parentes.

Foto 1. Lançamento das cartilhas na Unidade Divina Providência.

Foto 2. Lançamento das cartilhas na Unidade Divina Providência.

Foto 3. Lançamento das cartilhas na Unidade Divina Providência.

b) UNIDADE JARDIM ITÚ

O grupo do Jardim Itú montou uma dramatização baseada no cartaz elaborado, que foi apresentada em duas ocasiões: para o grupo da terceira idade, que a Unidade mantém já há alguns anos, ocasião em que estavam presentes cerca de 80 pessoas, e para os presentes na reunião mensal que a equipe realiza com a Associação de Moradores do Bairro Jardim Itú – AMBAJAI, com a presença de 25 pessoas.

O teatro inicia com uma narração que fala do processo da pesquisa, sua metodologia e as mudanças que ocorreram com as mulheres que vivenciaram esse processo, desde as trabalhadoras em saúde que foram tocadas por essa vivência, levando-as a reverem suas vidas privadas, até as usuárias que encontraram um lugar para trocar experiência, descobrir sua sexualidade e também rever aspectos de sua vida.

A seguir, o relato da observação do encontro:

> *"Cheguei no Jardim Itú um pouco atrasada. Uma das profissionais do posto já estava lendo uma mensagem sobre DST/AIDS. Um grande número, quase 100, calculo, participa deste evento. A maioria, mulheres com mais de sessenta anos. O grupo de trabalho (profissionais e população) preparou uma peça de teatro para discutir o uso da camisinha feminina, que é o assunto do cartaz elaborado pelas mulheres. A peça, mesmo longa, é extremamente dinâmica, com música, quadros e situações diferentes que levam ao delírio a platéia e ao mesmo tempo fornece*

informações e discussões importantes sobre a prevenção de DST/AIDS na terceira idade. O uso de personagens populares da TV representados pelo grupo agradou muito também. Após essa apresentação, o grupo coloca à disposição o cartaz para a população que está participando, e começa uma animada discussão entre os pequenos grupos formados espontaneamente entre os participantes. As mulheres ficam muito entusiasmadas diante da possibilidade de usarem a camisinha feminina, já que elas têm muitas dificuldades no uso do preservativo masculino, devido principalmente à idade dos parceiros. Sinto uma euforia no ar. As profissionais são solicitadas para esclarecer dúvidas nos "pequenos bolinhos" formados, mas as pessoas não querem ainda discutir no grande grupo. As profissionais se colocam à disposição para esclarecer dúvidas num próximo encontro ou individualmente no posto."

Após a dramatização, foi trabalhada, em ambos os grupos, a importância da reflexão sobre o tema, não somente do uso de preservativos feminino/masculino, mas também de sua negociação e da qualificação das relações em que ocorre a discussão da sexualidade, do prazer, do amor, da fidelidade... Essa divulgação teve repercussão, gerando o convite de duas instituições que trabalham com grupos de terceira idade para o grupo fazer a apresentação do teatro com espaço para discussão a partir de abril de 2002.

Foto 4. Lançamento no Jardim Itú

Foto 5. Lançamento no Jardim Itú

Foto 6. Lançamento no Jardim Itú

c) UNIDADE N.S^{ra} APARECIDA

Quando a cartilha foi finalizada, a maioria do grupo continuou se encontrando, transformando-se em um grupo de geração de renda.

No decorrer do período de espera das cartilhas, as mulheres fizeram um curso profissionalizante para confecção de bijuterias e organizaram uma feira para vender os seus produtos. Durante esses encontros, também abordávamos assuntos comuns às discussões sobre DST/AIDS. A avaliação que fizemos é de que a negociação do uso do preservativo continua sendo complicada, em especial para os casais jovens. Já, as mulheres mais velhas do grupo relataram ter conseguido conversar e tomar um posicionamento mais firme em relação à vida.

O processo de “materialização” da cartilha foi muito demorado e, assim, a ansiedade foi tomando conta do grupo, que, por vezes, se manifestava como descrença; *“esta história de cartilha não vai sair, né? Nós é que somos bobas, nos iludimos com tudo...”*

Quando foi avisado que as cartilhas estavam prontas e que viriam para a unidade, o grupo se organizou e correu para ver. Todas gostaram muito, ficaram orgulhosas, mas não entenderam porque o nome delas não aparecia na cartilha como autoras. Explicamos que havia acontecido um erro da gráfica. Imediatamente, elas decidiram que era muito importante que o nome estivesse na cartilha, como que resgatando a autoria para o grupo. Uma delas sugeriu que o grupo assinasse todas as cartilhas, mas avaliamos que era inviável e optamos por confeccionar uma etiqueta, com os nomes das autoras, que se encarregaram de colar em todas as cartilhas, juntamente com o preservativo.

Várias vezes, ouvimos que agora elas eram mulheres completas: já tinham filhos, haviam plantado árvores e escrito um livro.

Começamos a pensar no lançamento da cartilha, que teria um momento local e um geral (com os outros grupos participantes). Lançamento local no dia 23/11/01: nos preparamos para esse lançamento, criando camisetas com a capa da cartilha, que foi confeccionada pela cooperativa do bairro. Optamos também por fazer uma sessão de autógrafos, numa sexta-feira à tardinha, momento em que as pessoas voltam do trabalho.

Pensando na dinâmica do local, fizemos o convite no dia, através de carro de som, cartazes e também colocamos um aviso em uma rádio AM da cidade que tem alto índice de audiência no bairro. Fechamos a rua ao lado do supermercado,

que foi toda enfeitada com balões, vários varais de camisinhas e um painel colorido com bexiguinhas, criando um efeito estético bastante interessante. Aconteceram shows de talentos locais (música e dança), que eram interrompidos por “Dicas de Saúde”, brincadeiras para as crianças e uma barraquinha com camisinhas e cartilhas a serem autografadas. O modelo seguido para organização seria do “Criança Esperança”, que elas avaliaram como formato interessante, em que as pessoas participam bastante.

Um grande número de pessoas participou do evento, que tinha um caráter bastante lúdico, resultando em momentos divertidos, prazerosos e educativos. O grupo distribuiu animadamente as cartilhas, e a população pedia autógrafos.

Com isso, vimos que brincar, aprender e construir novas formas e questionamentos em relação ao problema das DSTs/AIDS em mulheres pode ser feito de forma leve e tranqüila, sem, por isso, ser menos profundo e esclarecedor.

Foto 7 Lançamento U.N.S.Aparecida

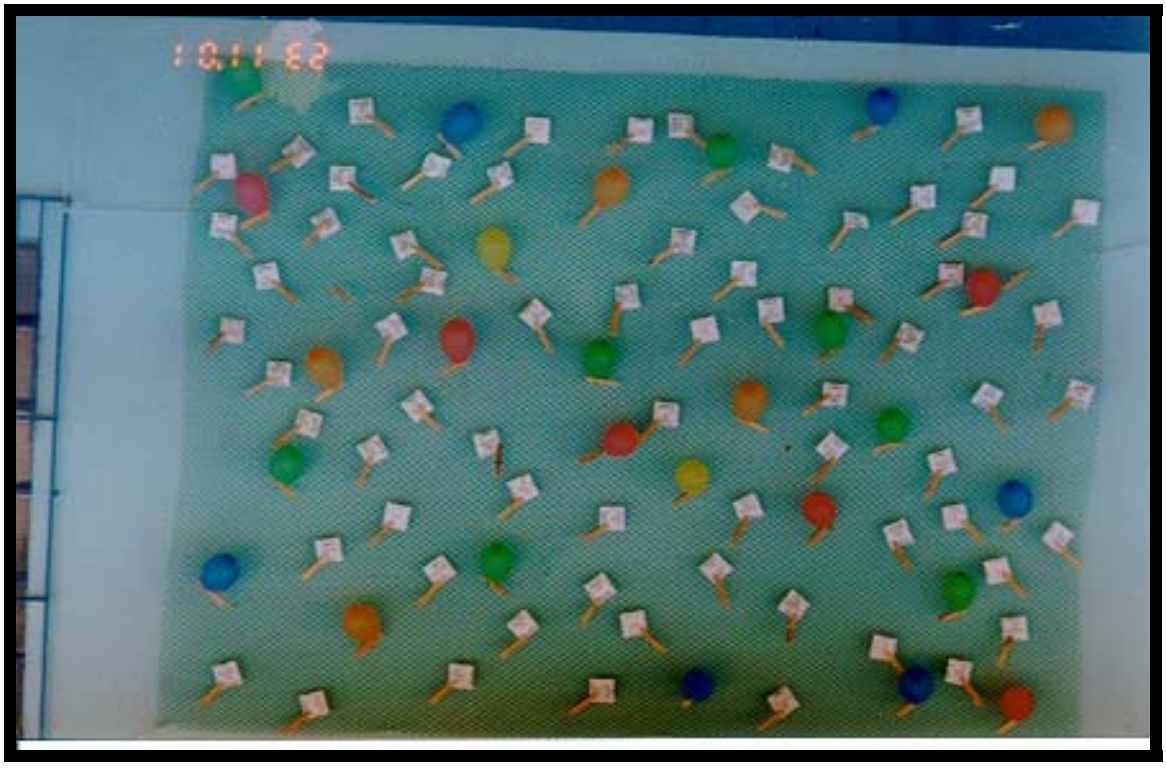


Foto 8. Lançamento U.N.S. Aparecida

Foto 9. Lançamento U.N.S. Aparecida

Atualmente, as mulheres ainda se reúnem semanalmente para distribuir, de casa em casa, o material educativo elaborado e discutir o problema com a vizinhança. É boa a receptividade da comunidade, gerando animadas discussões entre os grupos de vizinhos, tanto que aqueles que não receberam estão procurando seu exemplar no posto ou com as mulheres do grupo.

d) UNIDADE JARDIM LEOPOLDINA

Fizemos um novo encontro quando as cartilhas terminaram de ser impressas a fim de avaliar o resultado final e organizar a distribuição do material. Marcamos a data (24/11/2001), um sábado à tarde, quando um maior número de moradores do bairro tem seu momento de lazer na praça. Estávamos em clima de "estréia", todas muito orgulhosas. Parceiros e amigas das mulheres compareceram ao local. Conforme o combinado, iniciamos a distribuição das cartilhas; as mulheres conversavam sobre o processo realizado até chegar ao material elaborado com as pessoas que encontravam na praça. Foi também realizada a divulgação do grupo de mulheres do Jardim Leopoldina.

A receptividade da intervenção foi extremamente interessante. As pessoas interagiram com bastante interesse, fazendo perguntas sobre o grupo e discutindo o conteúdo da cartilha. Observamos que os homens demonstraram grande interesse sobre o assunto discutido, solicitando uma iniciativa como esta junto a eles, pois revelavam ter outras opiniões acerca do assunto.

Pessoas que trabalhavam em outras instituições (professores de escola pública, trabalhadores da área da saúde) demonstraram grande interesse nesse

tipo de abordagem, solicitando contato com o posto de saúde para uma possível parceria.

Chamou nossa atenção que após a “explanação”, feita individualmente, todas as pessoas liam a cartilha atentamente e queriam comentar o que haviam lido, demonstrando identificação com as situações ali retratadas e parabenizando as mulheres pelo resultado do trabalho. As mulheres autografaram as cartilhas, e uma delas referiu que *”meu marido que se cuide quando vier falar comigo, agora sou importante, até um livro já fiz...”.*

Nesse dia, foram distribuídas 600 cartilhas. Constatamos um interesse muito grande demonstrada por uma leitura concentrada do material distribuído. Encerramos a atividade ao entardecer e combinamos nosso encontro seguinte, no Seminário Final.

Foto 10 Lançamento da Cartilha Aprendendo com a Vida no Jardim Leopoldina

Foto 11 Lançamento da Cartilha Aprendendo com a Vida no Jardim Leopoldina

Foto 12 Lançamento da Cartilha Aprendendo com a Vida no Jardim Leopoldina

O grupo coordenador organizou um encontro em que todos os participantes da pesquisa, tanto população, quanto profissionais, se reuniram para confraternizar. Aquele era também um momento de reconhecimento do trabalho realizado e de reflexão sobre o tema em questão, sendo especialmente apresentados os resultados do processo educativo que deu origem aos materiais. Para o dia, foram convidadas representantes de ONGs e coordenadores municipais e estaduais das ações de prevenção em ISTs/HIV/AIDS .

A maioria das mulheres dos bairros que fizeram parte do estudo participou do evento com grande alegria. As que estavam lá foram entrevistadas por diversos meios de comunicação da cidade, fazendo com que se sentissem reconhecidas por seu trabalho. (Anexo F) Além disso, o grupo de trabalho da Unidade N.S. Aparecida causou “sensação” com suas camisetas, em que se lia o título da cartilha do grupo.

O seminário iniciou fazendo as apresentações formais do coordenador do SSC, passando-se em seguida para uma exposição do problema das DSTs/AIDS em relação às mulheres com parceiro fixo e baixa renda e a apresentação do processo educativo que deu origem ao material educativo.

Feito um intervalo, começamos uma mesa-redonda, em que as representantes dos grupos (tanto profissionais, como mulheres dos bairros) relataram a sua experiência em participar do trabalho. Notamos que, em todas, havia uma apropriação do processo educativo desenvolvido durante quase um ano. Elas trouxeram também reflexões sobre o tema, apontando as dificuldades de negociação com o parceiro no uso do preservativo, as estratégias utilizadas para viabilizar a negociação, mostrando a todos que o tema discutido ao longo dos

encontros integrava o seu cotidiano, ou seja, fazia parte da vida delas, de forma não mais assustadora ou distante ou com elas numa posição de vítima, mas se sentindo capazes e seguras para discutir o assunto com a sua rede de relações.

Tornaram-se multiplicadoras de um saber e uma prática construídos em conjunto, entre técnicos e população, dentro de uma realidade que pode ser modificada se levadas em consideração todos os caminhos e dificuldades apresentados pelos grupos.

“O amor romântico não é vacina prá AIDS.. Quem tá na chuva pode se molhar...”.

Para finalizar, gostaríamos de destacar que todo esse processo educativo com mulheres de baixa renda tem sido bastante enriquecedor, tanto para os técnicos, como para a população. Essa experiência tem nos mostrado as dificuldades extremas pelas quais as mulheres passam, mas também nos mostram que, se utilizarmos uma metodologia educativa adequada à realidade da população, esta descobre caminhos e esperanças mesmo em uma realidade sócio-econômica e cultural adversa.

Para o método problematizador, quem coordena deve ser flexível, pois o trabalho educativo inclui o imprevisível, haja vista que o cotidiano vivenciado por cada pessoa participante é o que vai determinar o processo. Por isso, a coordenação do grupo educativo necessita ter domínio do grupo e clareza sobre os seus objetivos. Isso quer dizer que o coordenador tem que fomentar o diálogo, mas, ao mesmo tempo, ser disciplinado. Mediar as conversas, mas também fazer sínteses claras; trabalhar com afeto e objetividade. É necessário, portanto, que os coordenadores tenham habilidade para não induzir respostas ou comportamentos porque é o próprio grupo que constrói o seu conhecimento, a partir do seu

cotidiano e do seu fazer. Assim, todos nós estamos sempre reaprendendo e reestruturando nosso saber. O método educativo problematizador permite uma interação entre os saberes dos profissionais de saúde e os da população, em que ambos se complementa dialeticamente e, a partir da síntese que criam, geram um novo saber.

O problema da AIDS nas mulheres casadas com parceiro fixo tem que ser visto na sua complexidade subjetiva, econômica e sócio-cultural, e o material educativo não pode se furtar de tal tarefa. Esse problema, como tantos outros, não deve ser abordado somente a partir do conhecimento objetivo e científico do profissional de saúde, porque é a população diretamente afetada no seu cotidiano que vai procurar as suas soluções. Nesse sentido, o profissional de saúde tem o dever ético de encarar a questão em toda a sua complexidade, já que, ao negar um conhecimento que inicialmente não tem visibilidade objetiva para nós, estará negando, também, o seu próprio “sucesso” em lidar com o problema que se lhe apresenta.

Acreditamos, por isso, que o material didático deve estar inserido em uma coerência metodológica que permita desvelar os silêncios que insistimos em perpetuar. O material educativo existente, na sua grande maioria, mantém um modelo de saber hierarquizado, cujo conhecimento considerado verdadeiro é o dos profissionais, negando as reais causas dos problemas de saúde que a maioria da população enfrenta.

Além disso, é necessário ter paciência para praticar o método; muitas vezes, o mesmo tema terá que ser abordado em mais de uma reunião, até que se propicie um ambiente em que as pessoas falem e se exponham, podendo

problematizar suas vidas ou suas opiniões previamente formadas. Para o desenvolvimento dos grupos educativos, destacamos a importância e a necessidade de tempo para planejar e a avaliar cada encontro, objetivando integrar mais o grupo coordenador.

O material educativo foi elogiado por todos os presentes, quanto ao seu conteúdo e à forma, sendo que uma ONG, em declaração pública, ressaltou a importância de, no material, as mulheres negras também terem sido contempladas como personagens do problema. Foi apontado que as preocupações do cotidiano das mulheres estavam representadas no material, como seus medos e frustrações.

Sobre a temática específica – AIDS em mulheres de baixa renda – foi discutido que é importante abordar o tema com as mulheres, mas é fundamental pensar em estratégias para discuti-lo com os homens. É evidente um bom nível de informação a respeito, mas mudanças culturais são difíceis, sobretudo entre mulheres de baixa renda, dependentes financeira e afetivamente dos companheiros e com pouco poder de barganha em muitos casos, seja pela violência doméstica, seja pela possibilidade cotidiana de traição ou pela ameaça de abandono.

A maioria das mulheres mostrou conhecimento em relação ao uso do preservativo, o que pode ser surpreendente, pois em muitas outras comunidades a maior parte o desconhece. Também surpreende positivamente a disposição dos profissionais de saúde presentes ao encontro em discutir as suas preocupações em relação ao processo educativo e seus aspectos metodológicos.

Ao final do encontro, ficou estabelecida a necessidade de ampliar as oportunidades de discussão metodológica para a educação em saúde. Além disso, conclui-se ser imprescindível que as atividades de educação em saúde voltadas à prevenção de ISTs/HIV/AIDS sejam contínuas dentro de um processo educativo porque, devido à complexidade do tema, os resultados surgirão a médio e longo prazo. Conforme Paiva,*"Se a má notícia é que o processo de incorporação do sexo seguro nunca acontece a curto prazo, por outro lado, querer apressar o caminho é ser marginalizado do processo e ficar falando sozinho" (2000:294)*

Podemos citar como principais resultados desse processo de construção:

1) As mulheres casadas, com parceiro fixo, no momento inicial do trabalho, não se reconheciam como vulneráveis ao HIV, o que se modificou durante o processo educativo;

2) Há construções culturais muito arraigadas sobre o corpo, sexualidade e prazer que torna o problema difícil e complexo de ser discutido;

3) A relativa facilidade no "manejo" do preservativo masculino contrasta com a dificuldade em falar sobre ele com o seu companheiro;

4) A dificuldade variável das mulheres em se apropriar da sua palavra, se sentir sujeito de si;

5) A necessidade de participação e autonomia, sentida e desejada, entra em conflito com os valores patriarcais domésticos estabelecidos;

6) O diálogo construído no cotidiano, portanto com tempos e características subjetivas próprias, faz com que a maioria das mulheres participantes coloque o uso do preservativo na conversa com o seu companheiro;

7) O reconhecimento de que a infidelidade precisa ser discutida;

8) A discussão da infidelidade e os acordos possíveis em relação a essa realidade comum;

9) A criação de várias estratégias de prevenção para ir viabilizando o acordo do sexo seguro;

10) A concretização de acordos variáveis para cada casal no que se refere ao uso do preservativo com o objetivo de que os parceiros façam sexo seguro;

11) Uma crítica unânime ao material educativo disponível, em que o problema das mulheres casadas com parceiro fixo não é abordado;

12) O crescente envolvimento participativo, criando roteiros, desenhos e cartilhas sobre o problema em questão, resultado de um sentimento que esse problema precisa ser divulgado amplamente para outras mulheres em situação semelhante;

Devemos observar ainda que vivenciamos três formas de participação da população na elaboração de roteiros do material educativo. (Diercks & Pekelman, 2001). São elas:

a) Uma participação mais “restrita” na qual a população expressa suas dificuldades em dominar a linguagem escrita na elaboração do roteiro. A população participa ativamente, mas de forma oral: dá idéias para o roteiro (por exemplo, local onde vai se desenvolver a história e a trama principal), discute as frases e falas que devem ser incluídas (tanto os dizeres que não podem faltar, como as discussões que devem ser destacadas), sugere o tipo de desenho (se deve ser do tipo caricatura ou mais realista, se deve ser em preto e branco ou colorido), além de discutir principalmente a linguagem a ser utilizada (“não pode ser de doutor”). Nesse tipo de participação, os profissionais vão fazendo os roteiros e as montagens conforme o diálogo estabelecido com a população e vão dando retorno do seu trabalho, sempre dispostos a ouvir críticas e sugestões. É um processo de idas e vindas do material em construção, que perdura até que o grupo considere o roteiro da cartilha adequado aos seus anseios e dentro da proposta pedagógica já discutida. Na verdade, esse processo de “montagem“ da cartilha faz também parte do processo educativo, porque é uma materialização daquilo que foi construído e ressignificado no decorrer dos encontros.

Esse processo foi vivenciado na produção das cartilhas “Conversa Franca” e “Cenas da Vida”.

b) Uma participação conjunta, através da qual técnicos e população vão construindo juntos o material educativo. Ou seja, não há um momento em que os técnicos se reúnem separadamente para sintetizar as falas do

grupo. A cartilha é discutida e concretizada somente no momento e espaço do grupo. Isso exige um amadurecimento por parte da população e dos técnicos no sentido de buscar um entendimento sobre o assunto a ser tratado no material educativo. Na verdade, esse momento pode ser encarado como uma síntese de todo o processo vivenciado até então. Se o processo pedagógico foi fundamentado no diálogo, na escuta, na compreensão e na busca de significados, provavelmente o momento de elaboração do material educativo será pautado pelas mesmas características. Cabe destacar que, de forma geral, os profissionais têm maiores dificuldades para ressignificar o seu conhecimento científico; com isso, queremos dizer que o nosso conhecimento técnico tem que ser impregnado pelo cotidiano e pela sua reinterpretação por parte da população. Esta, por sua vez, tem que se apropriar do conhecimento científico, geralmente considerado obscuro e inatingível, e reinterpretá-lo de acordo com as necessidades do dia-a-dia. Tal processo foi vivenciado pelo grupo que elaborou o cartaz “ Num baile de terceira Idade”.

c) Uma outra forma de participação é aquela em que o grupo decide, sem a participação dos técnicos, fazer ou elaborar uma cartilha. De forma geral, as pessoas se organizam fora do horário do grupo e trazem a cartilha pronta para um próximo encontro. Isso demonstra uma organização e um envolvimento bem acentuados dos participantes. É um momento muito rico, em que a população demonstra todo o seu envolvimento com a proposta, além de demonstrar toda uma apropriação do processo

pedagógico. Temos que prestar particular atenção ao conteúdo e à forma como ele foi sintetizado no material, já que o seu roteiro evidencia se realmente a compreensão sobre o assunto discutido é abrangente e problematizadora. Contudo, as pessoas podem não ter ainda uma visão complexa do problema, apesar de terem feito todo um esforço participativo. Nesse caso, elas farão uma cartilha meramente informativa, tornando necessário que o processo pedagógico seja retomado e avaliado em profundidade quanto aos seus aspectos metodológicos. O fato do material elaborado pela população demonstrar que ainda não foi possível fazer uma síntese dos conhecimentos envolvidos no processo educativo, gera uma situação difícil. Em outras palavras, predomina, ou o saber técnico, ou o saber impregnado pelo cotidiano da população; e a proposta é que esses saberes se entrecruzem e sejam sintetizados, levando a um entendimento mais ampliado do problema, tanto por parte dos técnicos, como da população. Esse processo foi vivenciado pelo grupo que construiu a cartilha “Aprendendo com a vida”.

Ainda dentro dos resultados destacamos, então:

13) A construção de cartilhas que seguem uma pedagogia problematizadora do cotidiano, permitindo a ressignificação do problema;

14) A distribuição, por parte das mulheres que participaram do processo ,do material elaborado entre a vizinhança e nos locais de convívio, tornando-as agentes multiplicadores;

15) A melhora da auto-estima e da autonomia resultantes da reflexão, do sentimento de autoria e da possibilidade subjetiva de mudança;

16) A necessidade da realização periódica e contínua desse tipo de atividade educativa com o objetivo de atingir o maior número possível de mulheres .

Como principais conclusões desse processo de construção de material educativo destacamos:

1)Evidenciamos que as mulheres casadas com parceiro fixo não se reconhecem com vulneráveis mostrando um descompasso de percepções e significados entre a realidade epidêmica da AIDS no RS/Brasil e estas mulheres;

2)O problema DSTs/AIDS deve ser discutido sempre em toda sua complexidade por isso uma abordagem conjunta da sexualidade, reconhecimento social e cultural do corpo, relações de poder no casamento, sexo/amor e suas interrelações, acesso a preservativos entre outros temas devem ser obrigatoriamente abordados;

3) Uma abordagem que leve em consideração somente os aspectos biológicos do assunto, sem problematizar a sua complexidade, é ineficaz, já que não permite uma apropriação e uma identificação das mulheres de baixa renda quanto à sua vulnerabilidade;

4) Nos deparamos com um distanciamento entre o discurso oficial tecnicista dos profissionais de saúde e a compreensão dele por parte da população feminina de baixa renda;

5) Os materiais educativos, em geral, não refletem a complexidade da prevenção de ISTs/HIV/AIDS e se utilizam de uma linguagem técnica e centrada na doença, dificultando a compreensão da informação que está contida no material;

6) Discutir negociação para o sexo seguro entre casais requer alguns pressupostos: sempre abordar a *possibilidade* de negociação; perceber que cada

casal irá discutir sexo seguro dentro das suas *possibilidades subjetivas e do seu cotidiano* e, por isso, cada casal tem o seu tempo de negociação;

7) Existem inúmeras estratégias femininas para conversar sobre o tema com o companheiro, mas todas se utilizam de recursos subjetivos, como o humor, a sedução, a sensualidade, “comendo o mingau pelas beiradas”, nunca com um discurso objetivo e direto, como “Vamos usar a camisinha por causa da AIDS.”, o que novamente nos mostra o descompasso entre o discurso dos profissionais de saúde e o material educativo existente, de um lado, e as mulheres de baixa renda, de outro;

8) A participação da população na elaboração de material educativo, além de melhorar a auto-estima do grupo que o realiza, aborda o problema com uma linguagem adequada à realidade cultural da população e de forma complexa. Isso favorece principalmente uma identificação dos sujeitos com o material, facilitando a sua compreensão e apreensão do seu conteúdo.

Assim, entendemos que após todo este processo educativo, que gerou um material educativo cujo referencial teórico-metodolgico é diferenciado da maioria dos materiais disponíveis nas Unidades de Saúde, se faz necessário uma avaliação aprofundada de sua aplicabilidade e vivência nos diferentes espaços educativos.

Foto 13. Lançamento Geral do Material: Participantes em mesa redonda

Foto 14: Participação no lançamento geral

Foto 15: Grupo de trabalho da construção do material

3.3 Avaliação da construção, da aplicação e vivência de três cartilhas nos espaços educativos do SSC/GHC.

3.3.1 Aspectos Gerais

O processo de avaliação da construção, aplicabilidade e vivência do material educativo, aconteceu nos mesmos quatro bairros onde foi elaborado, e contou com a participação das mulheres moradoras dos mesmos.

São estes ,então, os bairros que participaram da fase de avaliação deste estudo:

a) O bairro Vila Jardim, onde se localiza a Unidade homônima. No local, foi avaliada a cartilha “Conversa Franca”;

b) O bairro Jardim Leopoldina, onde se localiza a Unidade homônima. No local, foi avaliada a cartilha “Aprendendo com a vida”;

c) O bairro Sarandi, onde se localiza a Unidade N.S. Aparecida. No local, foi avaliada a cartilha “Cenas da Vida”;

d) O bairro Jardim Itú, onde foi avaliada a cartilha “Conversa Franca”.

Cabe salientar que o cartaz produzido na pesquisa anterior não foi avaliado, devido a vários contratempos, nas ocasiões em que se tentou fazê-lo.

Decidi descrever a avaliação de cada material em separado,destacando os aspectos mais importantes desse processo e, ao mesmo tempo, discutir com os grupos as semelhanças e diferenças entre os materiais quanto ao tópico aprofundado no capítulo.

Durante o processo de coleta de informações, percebi que cada grupo destacava um ou dois eixos temáticos do material. Porém, todos os grupos discutiram de forma intensa o uso da camisinha e sua negociação com o parceiro.

Então, o tema predominantemente trabalhado em cada grupo será aprofundado no capítulo correspondente à avaliação do seu material. O tema comum será discutido em todos os capítulos. Na Unidade Divina Providência, o tema *corpo* em suas representações culturais será discutido e abordado com profundidade, e, no capítulo equivalente, faremos uma articulação com o modo

como foi discutido esse assunto nos demais espaços educativos em que ocorreu a avaliação. No Jardim Leopoldina, por sua vez, o tema predominantemente discutido foi a relação de fidelidade/infidelidade construída no cotidiano das mulheres. Esse problema também foi muito abordado em todos os outros grupos, mas foi nesse bairro que as mulheres discutiram-no de forma mais complexa e intensa. Então, a partir das falas das mulheres do grupo, irei construindo o problema e vendo as diferenças e semelhanças em sua abordagem nos diferentes espaços educativos. Já no grupo da N.S.Aparecida, abordarei os problemas teórico-metodológicos decorrentes da aplicação do material porque, nesse local, a aplicação apresentou o maior número de problemas em relação a esse aspecto. Nesse capítulo, então, farei as relações sobre este tema, que se apresentaram em todos os outros grupos.

Optei por essa forma de apresentação do texto para não dissociar as discussões do contexto (que pretendo, a partir do material coletado, ir construindo) e, ao mesmo tempo, relacionar esse contexto com as observações, falas e conversas que aconteceram durante o período de avaliação do material.

A seguir, no capítulo das sugestões e conclusões farei uma síntese da discussão elaborado nos capítulos de cada material.

3.3.2 O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA CARTILHA "*CONVERSA FRANCA*"

3.3.2.1. A Cartilha "Conversa Franca"

Elaborada por um grupo de 12 moradoras do bairro Vila Jardim e 4 profissionais da Unidade Divina Providência, a cartilha "Conversa Franca" discute a vulnerabilidade feminina a partir da relação – construída social e culturalmente – com o corpo e o modo como ele vem sendo trabalhado a partir da família, principalmente, que transmite valores diferenciados para homens e mulheres. Para as mulheres, um silêncio envolve esses aspectos. O recato e o pudor são valores transmitidos através de gerações. No entanto, esse quadro lentamente está mudando, o que percebo quando as participantes falam, tanto na cartilha, como nos espaços educativos em que foi avaliado o material, que elas tentam conversar com as filhas e os filhos, embora ainda tenham dificuldade de falar com o marido. Essa dificuldade seria o segundo eixo do material desenvolvido para chegar à negociação do preservativo. As diferentes estratégias de negociação, que não passam por um discurso e um fazer direto entre "epidemia da AIDS" e "usar camisinha" , são as falas seguintes do material. Também são levantadas as questões sobre a diferença entre homens e mulheres, entre o relacionamento amoroso e sexual, tentando estabelecer um diálogo sobre tais diferenças. A cartilha termina estimulando esse diálogo e enfocando algumas doenças que são transmitidas através da relação sexual não protegida.

Ou seja, o material educativo discute, através do conceito de vulnerabilidade social, as relações e determinantes de gênero, em mulheres de classe popular, e a necessidade de diálogo no sentido de transformar os contextos que tenham validade intersubjetiva.

3.3.2.2. A VILA JARDIM.

Como já coloquei, é nesse local que eu trabalhei por 13 anos. Sendo assim, vou me permitir uma descrição mais detalhada e aproximada de algumas mulheres do bairro com as quais realizei a pesquisa.

Nesse bairro, elaborou-se a cartilha “Conversa Franca”. Também avaliou-se o material nos diversos espaços educativos (grupos, sala de espera, consulta individual). Observo que os nomes das mulheres são fictícios em todos os relatos.

“Eu sei que as mulheres casadas tão pegando AIDS, mas é difícil pedir pro marido usar camisinha (...)Já usei, mas ele não gostou...” Essa fala é de Regina – confirmada por Sandra, Jussara e muitas outras mulheres que moram na Vila Jardim (Zona Norte de Porto Alegre) –, mas também surge espontaneamente na sala de espera do posto, no consultório ou nos grupos de mulheres.

Regina nasceu em Porto Alegre, mas os seus pais vieram do interior. Ela provavelmente não poderá continuar morando na Vila Jardim, pois agora é um “ponto muito bom na cidade”. Devido aos dois “Shopping Centers” construídos nas proximidades, os terrenos, outrora baratos, ficaram inalcançáveis para ela, que queria ficar perto da família de origem. Provavelmente, daqui a algum tempo, ela terá que se mudar para algum bairro menos valorizado da cidade e muito mais distante do seu trabalho.

Ela geralmente trabalha “sem carteira assinada”, fazendo faxinas. Eventualmente, empregou-se como doméstica ou no comércio, mas como não tem com quem deixar sua filha, ela optou por trabalhar “quando dá”. Ela preferiria um emprego estável, com férias e décimo terceiro, mas não há creches públicas nas proximidades, e se ela pagasse alguém para cuidar da filha, gastaria metade do seu salário nisso. *“Vou ter que esperar a guria crescer*”, declara Regina.

Por enquanto, quem sustenta a casa é o marido, que trabalha de tarde e parte da noite como guarda de um prédio, num “bairro de burguês”. De madrugada, ele distribui jornal *“lá no Sarandi, ele vai e volta de bicicleta para poupar passagem. Aí, ele dorme um pouquinho, almoça e sai de novo.”*

Ele ganha pouco mais de dois salários.

> *“Ele é um bom marido, não deixa faltar nada. Eu tento sempre cuidar bem da guria e cuidar e deixar arrumada a casa. Por isso, agora não posso ter outro filho. Por isso, me cuido. Uso o comprimido. Antes usava a camisinha mas ele não gostava e também,como muitas vezes faltava no postinho ficou muito caro”.*

Regina tem algumas características comuns às mulheres da Vila Jardim: é mulata e sua renda familiar não excede a três salários mínimos. Até pouco tempo atrás, a sua rua não era calçada, não havia esgoto e alguma vizinhas não tinham água encanada em casa. Ela faz parte de um universo de 6000 pessoas que moram em uma área da Vila Jardim delimitada pela atuação da Associação de Moradores Divina Providência, ou para que as pessoas se localizem melhor no mapa de Porto Alegre, Regina mora “atrás do Dado Bier” (na antiga sede, pois

agora a casa noturna transferiu-se para o Shopping Bourbon Country, que também fica nas proximidades).

É nesse pedaço da cidade que, há 16 anos, os moradores se organizaram e decidiram solicitar ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) mais uma unidade do SSC. Assim, em março de 1986, um grupo numeroso de moradores da Vila Jardim, impulsionados pela CEB (Comunidade Eclesial de Base) local, se mobilizou e conseguiu um Posto de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital N.S. Conceição. Assim, iniciou-se uma caminhada na área da saúde que dura até hoje.

Nessa época, foi feito um levantamento epidemiológico da área. Constatou-se que a população tinha muitas características que a assemelham, ao primeiro olhar, à grande maioria da população brasileira(Grupo Hospitalar Conceição, 1986):renda familiar média de 3,7 SM; 1/3 das gestantes não fazia pré-natal; 1/3 das mulheres não usava nenhum método anticoncepcional e não queria engravidar; 10% de alcoolismo; 17% dos domicílios não tinham água encanada; 10% de analfabetismo.

Muitos dos indicadores de saúde melhoraram de forma sensível, como demonstra o estudo avaliativo feito, em 1992, por Silvia Takeda, bem como as tabelas, mais adiante.

A conquista do posto de saúde foi resultado de um trabalho iniciado nos anos 70 por lideranças católicas locais. Esse trabalho tomou impulso a partir de 1979, com a chegada de um grupo religioso que começou a trabalhar na Vila Jardim. Foi organizada uma CEB, formando lideranças, construindo, em regime de

mutirão, espaços coletivos, como a creche, a capela e a escolinha comunitárias. Essa movimentação vai até 1990, quando as lideranças religiosas locais deixam o bairro.

Em 1991, a partir do movimento da Regularização Fundiária, desencadeado pela Prefeitura municipal, muitas lideranças originárias das CEBs e do movimento popular da Vila Jardim, organizam a população para participarem desse movimento, que segue até 1995 (e no qual tive o privilégio de participar ativamente). Essa participação se efetivou através de reuniões semanais, caminhadas nos becos a serem regularizados, participação ativa no Orçamento Participativo (OP), realização de grandes mutirões, atividades educativas de grupos, detecção de novas lideranças.

A partir de 1995, as principais lideranças deixam o bairro e o movimento dos moradores da vila passa por um período de "latência". As negociações e participações no OP continuam, mas não com o mesmo ânimo dos anos passados. Nesse período, foi organizado o Conselho Gestor da Unidade Divina Providência, que continua até hoje.

A Vila Jardim foi constituída no final da década de 1920[30] e início da década de 30. O projeto da área foi elaborado seguindo o modelo das cidades-jardins. A previsão era de existir em cada quadra um jardim interno. Em 1930, o loteador, Abraão Knijnik, assinou um termo de compromisso com a Administração Municipal, em que se comprometia a realizar a alocação e o calçamento das ruas do loteamento. Os custos da obra seriam repassados para os futuros compradores

[30] Esses aspectos históricos foram retirados da "Pasta de Planejamento" da Unidade Divina Providência, elaborada pela Equipe de Saúde, em 2002.

dos lotes, e a sua comercialização não poderia ser realizada enquanto as obras estivessem em andamento.

Com a morte de Abraão Knijnik, em 1943, os seus herdeiros venderam lotes em áreas onde não haviam sido abertas as ruas. As construções irregulares e sem licença da Prefeitura começaram a surgir. A Prefeitura, por sua vez, não reconhecia a validade das transações realizadas. Dessa forma, a maioria dos compradores de lotes ficou em situação irregular. Os herdeiros do loteador não tinham interesse em realizar as obras necessárias. A Prefeitura, então, as realizou, sendo ressarcida com cem lotes de terrenos, que começaram a ser entregues no início dos anos 50.

De outro lado, as áreas verdes (os jardins) também passaram a ser ocupadas. Essa ocupação contínua se estendeu até o final dos anos 70, quando ocorreu a sua consolidação. A ocupação desordenada juntamente com o fechamento dos terrenos baldios, criou uma situação difícil para os moradores das áreas verdes, pois os acessos passaram a ser cada vez mais limitados, configurando os atuais becos.

Esses fatos constituem uma situação fundiária complexa na Vila Jardim: existem moradores em lotes regularizados, em lotes não regularizados, em áreas verdes, em áreas particulares ocupadas e outros em leito de rua.

É possível entrar na Vila Jardim – ou na “vila”, como a maioria dos moradores a chamam – por várias ruas: pela Cananéia, para quem vem pelo Shopping Iguatemi; pela Ipê, para quem vem da Protásio Alves; ou pela Circular, para quem vem pela Assis Brasil. Essas ruas, bem como a Prazeres, a Gioconda, a Marajó, a São Leopoldo e a Alberto Barbosa, são as chamadas ruas “oficiais”,

ou seja, estão no mapa de Porto Alegre, recebem as contas de água e luz, têm coleta de lixo e podem receber correspondência pelo correio. É nessas ruas que moram os “proprietários”, os “melhores” da Vila.

Foto 16. Avenida Circular – Vila Jardim

Foto 17. Avenida dos Prazeres

Nessas ruas, há uma mistura de construções, mas a maioria das casas é de alvenaria. Isso demonstra uma crescente especulação imobiliária decorrente da ótima localização do bairro na cidade e da melhoria da infra-estrutura realizada pela Prefeitura Municipal nos últimos 12 anos, inclusive com a abertura de uma enorme faixa de asfalto (a continuação da Nilo Peçanha após o Iguatemi), com seis pistas, que cortou ao meio a Vila em 1999.

Foto 18. Nilo Peçanha

Foto 19. Nilo Peçanha

Porém, a maioria das casas da vila é “mista” ou seja, de tijolo e madeira, com pintura envelhecida ou sem nenhuma, o que não dá um ar muito alegre às ruas ou ao conjunto de casas. Isso, ao primeiro olhar.

Foto 20. Rua Viela da Alegria

Foto 21. Cananéia

Quando me aproximo, vejo pequenos jardins feitos de latas, onde encontramos flores e pequenas folhagens, dispostos numa ordem particular e cuidados com esmero. As cores têm uma combinação própria que, mesmo desbotadas, chamam a atenção: portas vermelhas, paredes azuis, verde e rosa, amarelo e verde, marrom e laranja, lembrando, muitas vezes, Volpi, que, em suas obras, também apresenta uma combinação de cores peculiar e surpreendente. Esses pequenos detalhes me faz pensar que estou entrando em outro mundo, em outro território, e que provavelmente as pessoas que moram nesses lugares são muito diferentes de mim, assim como eles também têm muitas diferenças entre si.

Continuando com o nosso “passeio”, podería entrar numa casa: encontramos um quadro religioso pendurado na parede, um quadro do casal na época do casamento ou, muito comumente, aqueles “diplomas” de agradecimento, entregues pelos filhos, ou no dia dos pais, ou no dia das mães.

Os cômodos são pequenos[31] e, de forma geral, há uma sala e cozinha (muitas vezes, com fogão a lenha), um banheiro (geralmente, de material e sem azulejos, o que faz com que a água empoçada vá criando um limo verde em volta do chão e das paredes). Também, às vezes, encontramos um quarto sem janela e sempre com uma cortina de tecido floreado e colorido servindo como porta. O sofá da sala é usado também como cama. Geralmente, dormem de 3 a 4 pessoas por quarto e, no máximo, em 2 camas. (Takeda, 1992) . É comum também que as crianças durmam, até a idade escolar, no mesmo quarto dos pais ou na mesma cama.

Conhecendo um pouco mais os moradores, observo também, que as pessoas que moram nas casas têm bastante mobilidade. Quero dizer com isso que, ao longo de um ano, podem circular vários parentes em uma mesma moradia. O que para nós pode significar um caos, para eles facilita a vida, já que os parentes ajudam a cuidar das crianças, contribuem com o pagamento das despesas da casa, e os moradores se divertem com as histórias que cada um traz. Claro que também podem trazer contratempos, principalmente se a visita aos parentes é para tratar de alguma doença que não está sendo possível solucionar no interior.

De qualquer modo, existe uma solidariedade entre os parentes, amigos e vizinhos na Vila. Favores são trocados por favores futuros. Assim, "*se hoje eu ajudo a cuidar das crianças, amanhã, alguém vai me ajudar. Se hoje eu ajudo a conseguir uma consulta no "postinho", amanhã, alguém vai me retribuir*". Essa

[31] Em levantamento feito pelo DEMHAB, em 1991, as casas dos becos tinham em média 18 m^2. Apenas duas casas, do total de 500 famílias, tinham mais de 28 m^2.

rede existe para os mais variados problemas, criando recursos para aqueles que se encontram longe das facilidades de que nós, com mais recursos econômicos, podemos usufruir.

Também, em relação aos parentes, posso dizer que existem inúmeras relações de parentesco na vila, principalmente nos becos (que serão descritos a seguir) e na rua Alberto Barbosa e Mirim. Nela, por exemplo, temos a numerosíssima família dos Menotti, vindos do interior de Osório. Na Aldrovando Leão, há o clã dos Bugmaier, "*onde tudo é parente*". Tantos que nem eles sabem ao certo quantos são. Este, atualmente, tem fortes ligações com o tráfico de drogas e comanda uma de suas facções na Vila Jardim, impedindo, inclusive, os moradores da Aldrovando (onde o clã mora) de consultarem no posto por situar-se em área da gangue rival.

Essa relação entre os parentes é colocada também por Woormann

"(...) Os moradores dos becos usam a expressão "aqui tudo é parente" para demonstrar que naquele lugar não estão sozinhos, mas contam com uma ampla rede de relações e usufruem vantagens que advêm desta rede.

Outras etnografias a respeito de classes populares apontam para este mesmo tipo de dado. Por exemplo (...) a pesquisa de Woormann (1987) sobre grupos populares na Bahia chega a conclusões semelhantes a estas. Para ele a residência no local de novas famílias conjugais "não implica em isolamento de família elementar com relação à rede de parentesco mais ampla", ao contrário, suas observações indicam que no grupo estudado sempre se procura morar perto da família extensa, ou de algum parente. Ele observa:

'Era também possível observar um contínuo fluxo de bens e serviços em circulação recíproca entre unidades residenciais aparentadas. Parentes intercambiavam refeições, vigiavam filhos uns dos outros, cuidavam de doentes, tomavam a si as tarefas domésticas durante o estágio crítico da gravidez de uma mãe, etc'" apud Victora, 1991:70):

Em relação à coabitação de parentes, acho interessante, também colocar as observações de Victora (1991:100), que explica as "combinações" em relação a esse fato:

> *"...dificilmente se encontra dois homens adultos coabitando, a não ser em arranjos provisórios. Mesmo nos casos em que o homem enviuvou e traz os filhos para serem cuidados por uma irmã (e cunhado) ou por sua mãe (muitas vezes vivendo com um companheiro que não é seu pai), a tendência é ele permanecer pouco tempo na casa dos parentes, partindo para outro casamento, deixando os filhos para serem criados naquela unidade doméstica. Já a coabitação de mulheres de uma mesma família é bem mais comum, principalmente formada por irmãs e/ou cunhada (especialmente se esta é viúva) e suas crianças, ou mãe e filhas e suas crianças"*

Porém, esse cotidiano, que tinha, há alguns anos, características de uma pacata cidade do interior, tem sido profundamente influenciado e modificado pelo tráfico de drogas, a violência e o medo. Situações de brigas de gangues e tiroteios

com morte são comuns . O envolvimento dos adolescentes masculinos no tráfico, bem como a prostituição feminina têm aumentado a olhos vistos.

A equipe de saúde que podia andar “sem perigo” pelas ruas e becos, muitas vezes, é avisada que “ *hoje não dá pra sair, pode ficar no posto hoje...”* , criando também medo entre os profissionais. Diversas tentativas foram feitas no sentido de compreender e explicar a violência com o intuito de recuperar os espaços “perdidos” da população, mas nenhuma teve êxito até hoje.

Selecionei duas falas que mostram a mudança do cotidiano da vila .

“Aqui era um lugar bom de se viver. Eu trabalhei ali no Shopping, eu e o Carlos trabalhamos ali. Quando eles estavam construindo o shopping[32]*, aquilo era banhado ali. Ali tudo era um banhado. E um pouco mais prá cá , ali tinha um tambo de leite, nós íamos buscar leite para as crianças, ali, eles davam leite, ali, o leite era dado para as crianças. Verdura, tudo a gente comprava ali, tudo mais barato, e às vezes a gente não comprava, ganhava as verduras, a mulher dizia “ leva mais” era bom de se viver aqui, por aqui era ótimo. Podia ficar na rua até mais tarde, não tinha...droga, então até existia, mas era muito camuflado. Não se notava que tinha droga.” (Giacomazzi, 1997:154)*

“Tem que estar de olho ,né, aqui não é fácil criar um filho aqui na vila. Aqui não é, já sei, foi o tempo em que podia deixar eles tudo sozinho, como

[32] O shopping Iguatemi foi inaugurado em 1983 .

eu deixava, né, ia trabalhar, ia descansada(...)Mas agora não dá, de uns dois anos[33] prá cá, a vila virou mesmo uma decadência. Há uns dois anos atrás não era assim, bah. Agora eles não querem saber, qualquer coisinha eles querem matar. Não querem saber, matam, faz isso, mata, faz aquilo, brincam de arma, se acham uns galos(...) Meu vizinho aí vive dando tiro, acho errado, bate numa pedra , rebate, pega alguém como já aconteceu aqui..." (Giacomazzi, 1997:154)

A seguir, coloco os dados do IBGE para a área de Abrangência da U.D.P:

Tabela 4: Dados IBGE -1996 da área de Abrangência da U.D.P

População total	4969 - 5277(Censo 2000)[34]
Analfabetos	8%
Mulheres analfabetas	5%
Número de moradores por domicílio	3,67
Proporção de Domicílios subnormais	23%
Domicílios com abastecimento de água inadequado	5%
Domicílios com instalação sanitária inadequada	25%
Domicílios com destino de lixo inadequado	2,3%

[33] O ano de 1995 é tido, tanto para os profissionais, como a população, como o ano de evidenciação e consolidação definitiva do tráfico de drogas na Vila Jardim.

[34] Os dados do Censo 2000 em relação aos bairros estudados nesta pesquisa, lamentavelmente, ainda não estão disponíveis . Por isso, utilizaremos somente os dados modificados de 1996, tendo como base o Censo de 1991.

Chefes de família até 3 anos de estudo	29%
Renda familiar até 2SM	57%
Mulheres chefe de domicílio	27%

Fonte: Núcleo de Epidemiologia do SSC.

Nesse contexto, foi elaborada a cartilha “Conversa Franca”, cujo processo de construção já foi relatado neste texto. O processo de que participaram mulheres de várias ruas da vila, assim como dos becos, locais onde se concentra a maior pobreza do bairro.

Os becos (são cinco) fazem parte da Vila Jardim e correspondem a mais ou menos 30% da população da área[35]. São os locais de moradia da maioria das participantes que elaboraram a cartilha e a avaliação do material. Levam esse nome porque, em geral, têm apenas uma entrada e são estreitos (no máximo 3 metros de corredor), o que inviabiliza a entrada de um carro[36]. Muito populosos, com rede inadequada de água e uma rede precária de luz. Todos os moradores dos becos, sem exceção, “puxam” a luz (os chamados “gatos”) de casas em situação regular, que pagam contas muito altas, já que os kilowatts a serem pagos equivalem ao consumo de todos os moradores que obtêm energia de uma mesma casa. Quanto ao esgoto, em geral, as casas têm banheiro com descarga, mas os “canos” que vão pelo corredor do beco estão quebrados, o que caracteriza um esgoto a céu aberto.

[35] Relatório DEMHAB, 1991

[36] Uma das principais reivindicações dos moradores dos Becos era que estes fossem alargados a fim de que pudesse entrar um veículo, principalmente para resolver os casos de emergência relacionados à saúde.

Os moradores desses locais, até 1994[37], eram considerados invasores. Eles têm, segundo relatório do DEMHAB, a menor renda familiar da Vila, a menor escolaridade, trabalham em empregos pouco qualificados, como serventes de obra e faxineiras, e sem vínculo empregatício.

Todas as participantes do grupo educativo, organizado para avaliar o material educativo, moravam no Beco da Alberto Barbosa.

Foto 22. Beco da Cananéia

[37] Ano em que começa o processo de Regularização Fundiária, que reconhece o direito dos moradores a permanecerem no seu local de moradia, apesar de não serem seus legítimos proprietários.

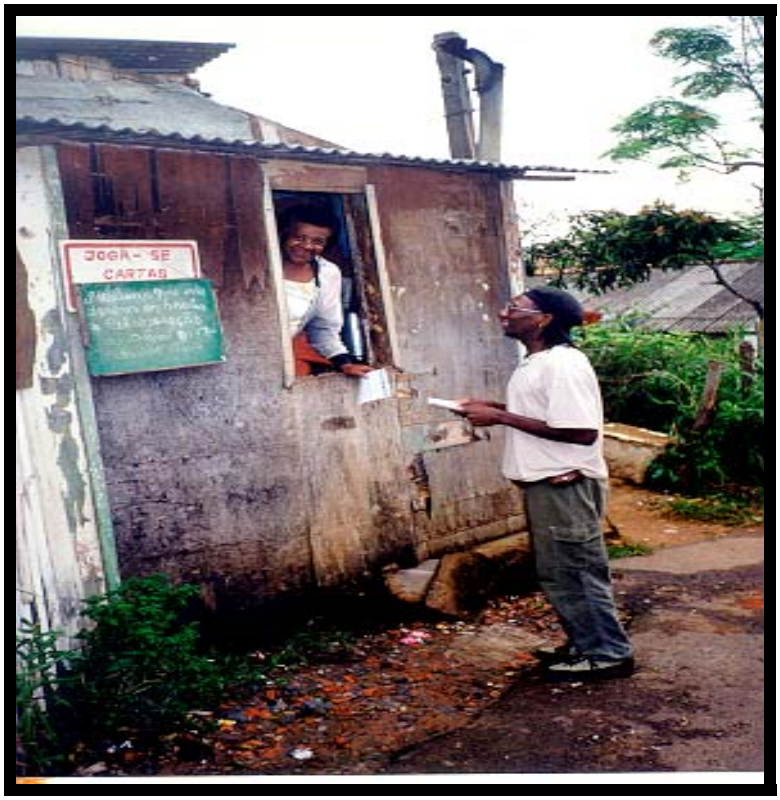


Foto 23. Beco da Mirim II

3.3.2.3 O Beco da Alberto Barbosa

O Beco da Alberto Barbosa pode passar desapercebido para quem não tem muito intimidade de andar nas ruas da vila, já que ele é um corredor extremamente estreito, não cabendo 2 pessoas lado a lado. Olhando sem atenção, pode ser considerado só um espaço existente entre uma casa e outra. Entrando nessa “fresta”, começamos a perceber uma grande quantidade de casas agrupadas sem um fluxo definido. Subindo a ruela, ora vamos mais para esquerda, ora mais para a direita, fazemos uma curva e, finalmente, chegamos na casa de dona Elza, que fica no fim do beco e cujo pátio, até dois anos atrás, formava um corredor de passagem, fazendo conexão com outra rua da vila (a rua

Mirim). Devido à característica de se comunicar com duas ruas, o pessoal do posto chamava o beco de “Alberim”.

Do início ao fim do Beco, não há mais de 100 metros. Por isso, caminhando pelo Beco, percebo uma extrema umidade no inverno e um calor sufocante no verão. Além disso, o cheiro ocre de esgoto a céu aberto, água da chuva, lama e lixo faz com que as nossas narinas reclamem um pouco do odor desagradável. Como, logo no início, tem uma descida, em dias de chuva, deve ser muito escorregadio. É em volta dessa estradinha que as casas se perfilam, bem apertadas e com uma disposição singular, seguindo os trejeitos da rua, aproveitando ao máximo o exíguo espaço onde moram...

As casas, feitas de materiais diversos – tijolo, madeira, zinco, reboco, janelas de ferro, janelas sem vidro, janelas de madeira –, faz com que eu tenha a impressão de que as casas não ficam prontas nunca, o que é verdadeiro, já que as pessoas vão juntando o dinheiro e, aos poucos, através de compras, doações de parentes ou sobras de construção, vão construindo a sua moradia. Cada casa tem, em média, não mais de 20 m^2, comportando de 4 a 6 pessoas . As casas em geral são escuras e mal ventiladas.

Foto 24. Beco da Alberto Barbosa

Foto 25. Beco da Alberto Barbosa

Foto 26. Beco da Alberto Barbosa

O beco mantém as características anteriores da Regularização Fundiária que abrangeu toda a Vila Jardim, no período de 1991 a 1995. Por motivos que não sei explicar, na época em que foi desencadeado o processo, esse foi o único beco de toda a Vila que se recusou terminantemente a participar da regularização. Sendo assim, todos os becos da Vila já são regularizados, “aparecem no mapa da cidade”, tem água e esgoto canalizados e uma passagem apropriada em largura e houve reformas das casas em regime de mutirão. Somente o beco da Alberto Barbosa continua em péssimas condições de infra-estrutura.

Os moradores, na sua maioria, vivem ali há mais de 20 anos. Portanto, todos se conhecem e, ao mesmo tempo, isso gera solidariedade entre os vizinhos, embora também sejam freqüentes as “fofocas” e brigas entre eles.

Cabe destacar que, até dois anos atrás, o local era um ponto importante de distribuição de drogas da Vila Jardim. Porém, como a rua Alberto Barbosa foi asfaltada, o ponto foi transferido para o Beco da Cananéia e o Beco da Viela, não evitando, mesmo assim, que 4 moradores do Beco participem ativamente do tráfico e aconteçam, ainda que raramente, tiroteios no interior do Beco, como vivenciei no dia que fui entrevistar uma das participantes do grupo e que relatarei posteriormente.

O fato dos traficantes ficarem na entrada do beco dificulta a entrada dos profissionais de saúde no local, pois os traficantes assumem uma postura ameaçadora, mostrando suas armas de forma ostensiva para os profissionais ou impedindo sua entrada. De forma concreta, mostram que *"este território é nosso, vocês não tem nada com isso...".* Na maioria das vezes, a população avisa aos profissionais do posto quando é preferível "não aparecer por lá", principalmente quando há brigas de gangue, o que tem ocorrido com uma freqüência assustadora nos últimos anos, ganhando inclusive manchetes de jornais.

No ano de 2003, aconteceu um tiroteio com feridos graves na saída do posto às 15 horas da tarde. Isso causou enorme mal-estar na equipe, que se viu impedida de trabalhar fora do posto, por alguns meses, devido ao estado emocional de medo e insegurança entre os profissionais.

Em setembro de 2003, foi decretado, pela primeira vez, toque de recolher em toda a área entre as ruas São Leopoldo e Androvando Leão a partir das 17h30min. O relato de uma funcionária do posto descreve como foi imediata a "comunicação" entre os moradores da vila:

"Eu estava atendendo, até tava meia atrasada, a sala de espera estava cheia. Quando saí para chamar o próximo paciente, lá pelas 17h20min ouvi um ruído de passos e movimentos na sala de espera e quando levantei os olhos para chamar a paciente, a sala de espera estava vazia, completamente vazia, em segundos, de uma hora para outra., tinha esvaziado...aqui tem coisa pensei...alguma coisa aconteceu...todo mundo ficou apavorado não sabíamos o que estava acontecendo....ficamos sabendo no dia seguinte. Apareceu no jornal, o toque de recolher..."

Foto 27. Unidade Divina Providência

Foto 28. Unidade Divina Providência

A população tem um sentimento ambíguo em relação a esses grupos, já que todos se conhecem. Eles foram criados no bairro, as mães se conhecem entre si, os pais, a avó, tem laços de família, de afeto e de vizinhança. Por outro lado, o tráfico "protege" a Vila de outros crimes, como roubos, assaltos, estupros. Todos são "proibidos" pela lei do tráfico. Por isso, muitas pessoas falam: "*aqui é muito bom de morar, não fosse essa história da droga... porque eu saio e deixo tudo aberto, não acontece nada...".* No entanto, como veremos nas entrevistas, essa situação está se tornando insustentável. Como não se vêem medidas tomadas pelo Estado para mudá-la, muitas famílias vão embora do bairro, principalmente para o interior.

Mais adiante no texto retomarei, através das entrevistas, o cotidiano das pessoas que moram nesse lugar.

Apresento a seguir alguns aspectos quantitativos do Beco da Alberto Barbosa.

Tabela 5.Algumas características do Beco ALBERIM (dados de 2000)

Moradores da área	234
Prontuários na Unidade de Saúde	63
População feminina de 15 - 69 anos	72
População feminina de 15 - 49 anos	47
Mulheres com CP (preventivo de colo) em dia	(36) 50%
Gestantes	8
Crianças de 0-2 anos	10
Crianças com vacina em dia	5
Renda familiar até dois salários mínimos	60%
Utilização da Unidade	83%
Trabalham em prestação de serviços	53%
Trabalham na construção civil	12%
Trabalham como manual não especializado	32%
Famílias de risco (alcoolismo, drogadição, doença mental, violência, pobreza extrema)	5

Fonte: Pasta de Planejamento da U.D.P. – 2002.

Feita essa breve descrição do Beco da Alberto Barbosa, relato agora como foi a reunião da avaliação das cartilhas.

3.3.2.3.1 O processo de avaliação da cartilha no grupo de mulheres da Alberto Barbosa

Participaram do grupo uma assistente social, que coordenaria o grupo, e uma estagiária de psicologia, que ajudaria na coordenação e faria o registro. Participaram também 08 mulheres do Beco Alberto Barbosa, mas somente 7 responderam o questionário que está na tabela a seguir:

Tabela 6. Dados quantitativos das mulheres que participaram do grupo

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Prof . 1
Idade	28	24	19	36	34	48	27	34
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada
Há quanto tempo	6 anos	9 anos	1 ano	15 anos	11 anos	20 anos	1 ano	4 anos
Filhos	3	2	1	4	1	2	2	1
Usa preservativo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não

Há quanto tempo?	6 anos	2 anos	1 mês	4 anos	------	-----	7 anos	-----
Escolaridade	5ª série	7ª série	8ª série	8ª série	7ª série	analfabeta	2º Grau	Superior
Trabalho	Dona de casa	Dona de casa	Dona de casa	Faxineira	Dona de casa	Dona de casa	Dona de casa	Assist. Social
Renda Familiar	R$ 500,00	R$ 600,00	R$ 350,00	R$ 350,00	R$ 400,00	R$ 200,00	R$ 200,00	R$ 4.000
Onde consulta	U.d.p	U.d.p	U.d.p	U.d.p	U.d.p	U.d.p	U.d.p	Convênio
Cor	Branca	Branca	Branca	Parda	Parda	Negra	Parda	Parda

Fonte: Questionário de identificação aplicado às participantes do grupo.(Apêndice D)

Como vemos nessa tabela, todas as participantes do grupo são casadas, inclusive a profissional que coordenou a atividade. A não ser P6 , todas elas têm o tipo de união chamada união consensual. Trata-se de um grupo de mulheres com idades que variam de 19 a 48 anos, mas 6 delas se situam na faixa etária entre 24 e 36 anos.

O grupo se caracteriza também, pela maioria ser composta por pardas ou negras, a maioria ter ensino fundamental incompleto, mas com escolaridade acima da 4ª série (a não ser P6, que é analfabeta). Ela e outra participante do grupo do bairro N.S.Aparecida foram as únicas analfabetas que participaram dos grupos de avaliação. Por coincidência, ambas são negras e sobrevivem como catadoras de lixo.

A renda mensal das participantes é a segunda mais baixa de todas as mulheres que participaram desse processo de avaliação. A renda mais baixa é das mulheres que moram no cortiço do Jardim Itú. Cabe destacar que a renda das mulheres do bairro N.S. Aparecida é muito semelhante a das mulheres da Vila Jardim. Porém, principalmente a estrutura de moradia e a estrutura do próprio bairro em relação a recursos de pavimentação, água, luz e esgoto, são muito melhores no bairro N. S. Aparecida.

Os motivos da diferença entre as condições de moradia são aspectos que não consegui esmiuçar nesta pesquisa.Esse fato chama a atenção, já que a precariedade da moradia das mulheres da Vila Jardim e de suas famílias impressiona pela falta de recursos para a construção das mesmas. Isso também se repete nos outros indicadores de saúde da N.S. Aparecida e da população da Vila Jardim. Os dados são muito semelhantes em quase tudo, mas quando a gente olha a Vila Jardim, percebe uma pobreza e precariedade na qualidade de vida, ausentes na população da N.S. Aparecida.

No dia combinado para a realização da reunião de avaliação das cartilhas, chego no posto para ir junto com as profissionais que coordenariam a reunião. Vamos de carro e o mesmo é estacionado na frente do Beco. Logo na chegada, a assistente social do posto é cumprimentada por alguns moradores, que fazem perguntas, e ela atende a todos com tranqüilidade, paciência e carinho e, ao mesmo tempo, vai chamando as pessoas para a reunião, avisando que mais duas profissionais do posto vão ficar na casa da Marion, para deixar "*o mulherio conversar à vontade",* não no sentido de se furtar da conversar sobre determinados assuntos, mas sim com o objetivo de aliviar as demandas das

crianças sobre as suas respectivas mães (pedidos do tipo *quero água, cadê meu bico, quero ir pra casa, tô cansada, quero brincar*, etc.). Na reunião anterior, as crianças haviam ficado o tempo todo em volta, dificultando o desenrolar do encontro.

Ana, assistente social da Unidade Divina Providência trabalha, desde 1993, na Unidade de Saúde, tem 33 anos, é casada, tem duas filhas e é a única negra com formação universitária no SSC. Ela participou do processo de elaboração do material “Conversa Franca” no período de 2000 a 2002. Agora, é uma das duas profissionais que participaram do processo de construção do material e se dispuseram a serem observadas para a avaliação do material.

Antes de vir para o SSC, Ana trabalhou no interior do Estado em um projeto de pesquisa-ação voltado para a prevenção e atendimento da violência contra a mulher. Quando chegou no SSC, começou a trabalhar, junto à enfermeira do posto, com grupos de mães de desnutridos e com a distribuição do leite . Ela relata assim a experiência:

> *“...já no início começou o programa de recuperação nutricional, aí a gente, fazia atividades não era centrado no problema da criança em relação à desnutrição exatamente, mas coisas que as mulheres, achavam importante falar: do seu cotidiano, da sua vida. Claro que inicialmente a preocupação era com a desnutrição e, ao mesmo tempo, com as mulheres. Iam trazendo questionamentos, e a gente ia discutindo junto com elas, o que que elas achavam, como é que elas pensavam, que significava primeiro esse leite, isso eu me lembro que era uma coisa que a gente*

trabalhou muito na época o que representava isso assim socialmente, porque a gente não tava muito de acordo. A gente achava que era mais um programa compensatório, uma política social compensatória, então a gente sempre trabalhou isso com as mulheres."

Estas falas denotam a preocupação em fazer um trabalho educativo voltado para o cotidiano da população, para a compreensão dos significados da população em relação aos momentos vivenciados de forma coletiva. Revelam a necessidade de compreender junto com a população o porquê delas serem beneficiadas por uma política social compensatória, ou seja, discutir porque os filhos dessas mulheres são desnutridos e por que estão recebendo leite do governo. Discussão difícil, pois a pobreza, muitas vezes reconhecida com facilidade pela maioria das pessoas que moram no bairro, implicava em reconhecer que a desnutrição do filho ou da filha está relacionada com a falta de comida em casa, que a criança toma somente guaraná para acalmar o choro, e essa irritabilidade de seu filho a irrita cada vez mais, que já tem tantos problemas, e diminui o afeto, o toque, o estímulo psico-afetivo para o seu filho (fator que contribui muito para a permanência crônica da desnutrição).

Esse grupo, segundo a fala da assistente social, está hoje da seguinte forma:

"acho que o leite tá desde 94, 95, não lembro muito bem. Todo esse período, eu sempre fui uma das coordenadoras e sempre teve mais alguém comigo, enfermeira, ou psicóloga, ... aí, começamos a pensar que cada vez

que parava o leite (por atrasos nas licitações), elas ficam apavoradas, sem eira nem beira, assim, elas ficam sem saber o que fazer, e aí a gente começou a amadurecer isso, a gente foi trabalhando isso com elas, assim, o que o programa significava, assim, como é que elas se sentiam cada vez que o leite não vinha, e que outras coisas elas faziam pra ter renda e tal, e aí muitas realmente não tinham renda, a renda era muito baixa, e o leite era uma alternativa, uma salvação, assim, porque são, quatro quilos pra cada criança, e os irmãos até cinco anos, cada um ganha dois, então, é bastante, elas conseguem segurar o mês todo.... E aí a gente começou a trabalhar isso com elas, e aí começamos a ver que existiam formas da gente poder produzir coisas, e vender o seu produto. Agora a gente tá trabalhando com artesanato, elas tão fazendo almofadas e tudo."

Discutindo, então, a prática educativa que ela desenvolve, ela tem clareza das dificuldades e de como é lento todo o processo de autonomia relativa e principalmente grupos educativos que também auxiliem na renda familiar.

" porque esse é um dos problemas da comunidade, do bairro, que as pessoas não tem emprego e aí também acabam se envolvendo no tráfico e tal, e a idéia é que a gente possa criar uma cooperativa de trabalho(...) Porque todos os grupos querem isso, então, juntando então, chegou o momento de pensar e fazer isso. São dez anos de trabalho , tô vendo o resultado..."

Pelas falas da entrevistada, posso caracterizar a sua prática educativa como coerente com os princípios de uma educação crítica do cotidiano, que envolve uma problematização e a participação coletiva na resolução dos problemas vivenciados. Um processo, também, que se caracteriza por uma construção de novas práticas e saberes construídos a partir do dia-a-dia, tanto do profissional, como da população. Esse aspecto que destaca a vivência profissional como o fator mais importante da sua *práxis* educativa é uma característica de todos os profissionais entrevistados.

Todos eles destacam que fazer atividades educativas é o mais importante para aprender a ser educador em saúde. Ou seja, assim como ela valoriza o cotidiano das mulheres da Vila Jardim nos diferentes grupos que coordena, ela destaca o seu fazer diário como fundamental para seu aprendizado profissional, de acordo com os princípios teórico-metodológicos que norteiam a sua prática.

> *"eu sinto que eu aprendi, muito, muito, muito, (...) eu acho que isso tem a ver com esse processo todo, esse jeito que a gente sempre trabalhou, de sempre ouvir o outro, de todo mundo se apropriar de tudo que tava acontecendo na unidade. E isso reflete no trabalho com a comunidade, e todo esse período que eu trabalhei com a comunidade, com os grupos, o trabalho individual, o ambulatório. Eu sinto que esse processo, esse meu jeito também de ser, de trocar muito, de ouvir muito as pessoas, hoje,a gente vê que, tem esse retorno(...) porque eu ouço muito as pessoas, eu acho que o ouvir tem muito de se colocar no lugar do outro, e aí eu acho que isso, e aí eu acho que isso é o mais importante da minha prática*

porque aí eu ouvindo eu aprendo, daí uma próxima experiência, eu já posso contribuir com o que eu experienciei,"

Entretanto, as dificuldades desta opção teórico-metodológica são muitas. Dentre elas, a entrevistada destaca a necessidade de problematizar este ouvir, sItuá-lo historicamente, socialmente e politicamente, para tomar decisões adequadas ao contexto onde se está desenvolvendo a ação.

"*é difícil, assim, às vezes, eu tô ouvindo a população e tô vendo pelo lado da população, tô ouvindo a equipe, tô vendo pelo lado da equipe, né, mas aí eu acho que eu tento ver o que que naquele momento é mais coerente, assim, tipo pra aquele momento, pra aquele momento social, pra aquele momento histórico, entendeu? Eu acho que é isso assim que eu consigo fazer, porque aí eu consigo, porque, aí, eu tenho que tomar uma posição, né? Porque não dá pra ficar nessas, sempre ouvindo, ouvindo todo mundo, mas em algum momento dependendo da situação eu tenho que tomar uma posição. Uma posição mais ideológica."*

A clareza dessa primeira fala se contradiz, não de forma acentuada, quando ela afirma que se identifica com as pessoas devido a sua origem social, classificada como de classe média baixa.

Assim, ela infere que não sente dificuldades na comunicação, na linguagem ou nas vivências compartilhadas com as mulheres nos grupos educativos que realiza e também nas consultas individuais.

Ela acha que esta característica de querer sempre “ouvir o outro”, tentar entendê-lo“, “se colocar no lugar do outro” são as principais premissas da sua prática. Isso é fundamental no vínculo entre a profissional e a população do bairro onde está inserida a Unidade de Saúde. Além disso, a profissional acredita que tal identificação decorra de um determinado referencial pedagógico que visa a compreensão, mas fundamentalmente de sua vontade individual e suas características pessoais.

Para ela, não há esforço nenhum nisso, mesmo nas situações mais difíceis contadas pela população do bairro onde trabalha, porque ela, seus familiares ou amigos próximos viveram muitas situações parecidas. Por isso, a compreensão dos problemas apresentados é facilitada.

No entanto, ao perguntar o que precisa ser melhorado na sua prática educativa, ela reconhece a falta de preparo teórico, leituras relacionadas com a sua prática e que a ajudem nas suas dificuldades e dúvidas.

Tal reflexão é comum a todos os profissionais entrevistados, mas posso dizer que é manifestada com mais clareza por essa entrevistada. Acredito que a relativa carência relativa de reflexão mais aprofundada, como ela diz, se deva ao cotidiano de uma unidade de saúde, que é, no mínimo, extenuante física e mentalmente. Os profissionais são exigidos para trabalharem com vários problemas simultaneamente. Ou seja, têm que atender no consultório, dar supervisão aos residentes, doutorandos e/ou estagiários em aprendizado, além de

estudar constantemente os aspectos clínicos das consultas (sob o sério risco de cometer equívocos na conduta clínica), organizar e planejar grupos, participar de reuniões à noite, resolver os problemas de trabalho em equipe, enfim, inúmeras situações cotidianas que exigem respostas e ações quase imediatas dos profissionais, impossibilitando-os de reflexões outras que não as referentes à sua experiência prévia, exitosa ou não, perante este ou aquele problema.

Isso, por um lado, pode ser considerado positivo porque exige uma renovação constante da prática. Por outro lado, é desgastante porque corre-se o risco de mecanização das atividades, da alienação do trabalho e principalmente do tratamento superficial dos problemas. Mesmo que uma solução seja suficiente para o momento, pode ser que ela se mostre inadequada para o próximo, e isso somente a experiência falará para os profissionais, já que não existe um tempo determinado par a leitura e reflexão mais aprofundada das práticas. *"Trabalhamos por ondas avassaladoras de demandas que impedem a gente de se fixar numa coisa",* é a fala de outra profissional do posto.

No dia da reunião do beco, é nesse contexto de trabalho que a assistente social vivia. É um dia agradável de sol, de início de outono. Caminhamos um pouco e chegamos na bifurcação do beco, onde há um pequeno espaço livre e no qual as mulheres, umas 4 , estão nos esperando, sentadas, tomando chimarrão, em baixo de um enorme pé de paineira, várias vezes ameaçado de corte porque seus galhos provocam um susto danado em dias de temporal já que balançam muito os frágeis fios de luz clandestina que servem todo o beco. Por outro lado, a sombra que ele oferece generosamente no verão tem um valor inestimável para

as moradoras, pois, se não fosse ele, *“isto aqui seria um forno que não dava prá agüentar”.*

Foto 29. Grupo do beco da Alberto Barbosa

Foto 30. Grupo do beco da Alberto Barbosa

Há quatro cadeiras livres, esperando mais pessoas para participarem da reunião. Sento-me em uma delas, e as pessoas começam a falar dos fios da luz e

do problema que é essa situação. Começam a falar sobre a necessidade de participação no OP (Orçamento Participativo). Falam que a prefeitura mandou um mapa para cada família, explicando que elas moram em uma “área verde” que vai ser legalizada. As pessoas não confiam na legalização, acham que vão perder tudo. Elas falam que tem que ir no OP, mas “*só vão alguns e estes poucos depois “enjoam” de tanta reunião, assim fica por isso mesmo, ou seja, o beco não consegue se organizar para conseguir entrar com seus problemas no OP.”*

Ana e eu lembramos que todos os becos da Vila Jardim já participaram do processo de Regularização Fundiária, e que esse beco foi o único que não conseguiu “se mexer” para conseguir as coisas. A conversa é interrompida com a chegada de M., que “botou dentes novos” (prótese). Todos elogiam os novos dentes, ela ri e diz que gostou também. Perguntam para ela quanto ela pagou: “*duzentos, ela diz. Nossa que preço bom que tu achou, eu tinha visto uns por 800, depois tu me dá o endereço, que eu quero botar também...*” .

As pessoas perguntam se já vai começar a reunião. “Vamos esperar G.”, diz Fabiola.

Então, enquanto isso, vou colocando o motivo da minha presença na reunião, explicando a pesquisa, e elas concordam e se dispõem a fazer as entrevistas individuais.

Logo, começam a falar do D^{r}. M. , que parece ser o médico preferido delas, mas que não fazem CP (preventivo de colo de útero) com ele. *“Eu faço com a L., mas o resto tudo eu consulto com ele, uma rica de uma pessoa.”.* Depois desses comentários, Ana propõe que comecemos a reunião. Ela propõe também que as mulheres leiam a cartilha e, depois, façam um teatro do que elas quiserem. Umas

querem escolher as personagens, outras não entendem, umas outras dizem que não querem, finalmente se decide que se fará a leitura em rodada, parando conforme as dúvidas e questões que aparecerem. “*Lendo e conversando”,* diz Ana, e o grupo concorda animadamente.

Assim,é feita uma rodada, em que cada uma lê um pouco e, ao sinal de Ana ou a partir dos comentários das participantes, começa a discussão sobre o assunto lido.

Nesse ponto, já faço um comentário. Em todos os espaços educativos onde se aplicou e vivenciou o material, as pessoas mostravam interesse em ler a cartilha, mas as propostas de dramatizá-la, como na Vila Jardim, ou de pequenos subgrupos fazerem a leitura em separado para, depois, apresentarem ao grupo, foram rejeitadas pelas pessoas dos bairros. Todas queriam ler o material fazendo uma rodada (a forma mais comum, em que cada participante lia um pouco do texto) ou marcando em cores diferentes o que cada mulher ia ler, escolhendo assim as personagens da cartilha, como foi a bem sucedida experiência do ITÚ, que será posteriormente descrita. Também, houve a leitura individual de todas as mulheres das salas de espera, que, em média, duravam de 6 a 10 minutos, seja pelas dificuldades visuais das mulheres de mais idade do Jardim Leopoldina (lá, a leitura teve que ser bem lenta para acompanhar o ritmo das pessoas), seja pela participação de duas pessoas analfabetas, que acompanharam a leitura pelos desenhos, pelas falas e pela ajuda solidária das demais mulheres (mostrando, com o dedo, onde a leitura se situava).

Muitas das dificuldades atribuídas à leitura das populações de baixa renda estão relacionadas ao fato de que não consta no cotidiano da maioria delas uma

rotina de leitura. Isso tem relação direta com o acesso dessa população à escolaridade, ou seja, o tipo de ensino dirigido a elas (que oferece uma alfabetização sem reflexão), e com as chamadas culturas visuais, principalmente, a televisão, cujas principais formas de comunicação são a oralidade e as imagens, o que, em parte, poderia justificar, também a escassez de leitura nos outros estratos sociais, como demonstram inúmeras estatísticas e estudos a respeito.

Sendo assim, observo que as pessoas de baixa renda não inserem qualquer material impresso no seu cotidiano. Não têm livros em casa, não lêem jornal e raramente conseguem uma revista. Isso também é observado por Fonseca (2000:118), em que ela relata que, mesmo que nas raras casas onde se encontra algum livro ou revista, as pessoas não demonstram nenhuma intimidade com os mesmos, atribuindo este ou aquele livro da prateleira ao legado de um parente ou ao esquecimento de um vizinho. As leituras que as pessoas fazem, no seu cotidiano, são de contas de luz e água, um ou outro *folder* de propaganda, principalmente de supermercado ou para saber o trajeto do ônibus. A dificuldade da escrita também é manifesta quando é necessário anotar um recado recebido pelo telefone (inicia-se uma busca frenética por um pedaço de papel e uma caneta para anotar o recado) ou assinar algum documento.

Fonseca afirma que as pessoas não usam a escrita para escrever cartas nem para expressar seus sentimentos em determinadas situações. *"A escrita parece pertencer à esfera da funcionalidade, e não da expressão."* (2000:118)
Esses aspectos fazem com que muitos profissionais considerem que a população de baixa renda não sabe ler e infantilizem os textos dessas pessoas, vinculando as palavras utilizadas com seu conteúdo, embora sejam coisas diferentes.

É claro que, no momento da elaboração do material, a dificuldade de leitura da população foi uma preocupação, tanto dos profissionais, como da população. Sabemos que a maioria da população da Vila Jardim é alfabetizada. Porém, como muitos estudos demonstram, há muitos analfabetos funcionais, ou seja, aqueles que aprenderam a ler, mas não compreendem o que está escrito. Isso está relacionado ao processo educativo e comunicacional embutido nos materiais, não à incapacidade de aprendizagem das pessoas adultas, como alguns estudos defendem. (Wechsler, In: Flecha, 1998:22) e merece nossa reflexão, já que, na elaboração do material, tal discussão esteve muito presente no grupo. Simplificar a linguagem, no sentido de evitar palavras de ligação entre as frases, usar frases curtas e palavras do cotidiano da população: nada disso significa banalizar o conteúdo, infantilizar os leitores. Significa, sim, que a linguagem, entendida como mediadora da relação entre sujeitos, tem que ter validade intersubjetiva para ser entendida e compreendida. Aí reside um dos problemas do material educativo existente nas Unidades de Saúde, que utiliza uma linguagem fora do contexto da população a qual se está dirigindo. Com isso, quero dizer o óbvio: existem inúmeros contextos, e cada contexto tem a sua linguagem, que faz a mediação com a realidade daquele que a utiliza.

Sendo assim, se realmente quisermos ter um material que se comunique com o outro, que considere as diferenças e o contexto do outro, há que reconhecer que a linguagem é fundamental. Por isso, posso dizer que o nosso material segue uma linguagem que chamarei de oralizada ou coloquial. Ou seja, no material, as falas das mulheres e as falas reinterpretadas dos profissionais são colocadas no texto. Assim, ao mesmo tempo em que tentamos uma aproximação

através de um linguajar familiar, incluímos no mesmo texto a reflexão da linguagem do grupo, possibilitando a manutenção de muitas palavras e expressões. Porém, também durante o processo da elaboração do material, houve a criação de novas expressões que surgiram do entendimento consensual do grupo, como as expressões *"fé cega", " fé fantasiada" e "fé conhecendo o companheiro",* durante a discussão sobre fidelidade. (ver cartilha Aprendendo com a Vida, p.7).

Entendo, desse modo, que não há oposição entre diálogo pedagógico e cotidiano. Há, sim, colaboração e entendimento mútuo. (Flecha, 1998:37) Mas isso justifica fazer um material educativo com e para a população? Penso que os pressupostos culturais e hermenêuticos no sentido de compreender o outro, de ouvir o outro através dos seus textos e contextos já foram discutidos. Mesmo assim, cabe destacar também, o aspecto político e participativo de empoderamento que significa para a população que não lê (no sentido da leitura não fazer parte do seu cotidiano), ser o autor de seus textos de leitura. Nesse aspecto, acontece uma ruptura com o modelo estabelecido, que apregoa que somente "os experts" estão habilitados para produzir material educativo adequado para a população. Tais materiais, geralmente, seguem uma linguagem de "depósito vocabular" (Freire, 1987:44), com características ideológicas da classe dominante, sendo a população de baixa renda considerada incapaz de ler, escrever e criar seus próprios textos de leitura.

Esses textos científicos impossibilitam que as pessoas, através de linguagem – pensamento – ação próprios, discutam a realidade como ela é

compreendida e reinterpretada por quem faz parte do contexto de onde está sendo feita a leitura. (Freire,1987:46)

Sendo assim, o sentido ressurge quando a interpretação das pessoas é dirigida a elas mesmas. Afinal, são elas, as próprias pessoas e suas interações, que criaram a linguagem, indo assim ao encontro de uma aprendizagem e um processo educativo dialógico que afirmam:

> *"são as pessoas que criam as formas, as mensagens e o sentido de ambos na nossa existência. Mas existem formas inclusivas de linguagem, que é aquela que estamos propondo e formas que mantém a exclusão, para manter o poder estabelecido"* (Flecha, 1998:36)

Por outro lado, não proponho que todos os textos sejam feitos pela população que os lê, já que isso estaria desqualificando toda uma produção científica "formal" que também é necessária para a compreensão do nosso cotidiano. Trata-se de fazer uma relativização destes textos. Muitos deles, como no caso da maioria do material impresso utilizado nos postos de saúde, não permitem-no, pois a linguagem é tão hermética e reprodutora de uma Verdade universal e única, que afasta o leitor. Porém, muitos textos literários (poesia, conto, romance, etc) são lidos por pessoas que não fazem parte do contexto de vida do escritor e são compreendidos por pessoas de diferentes contextos.

Tal reflexão me leva a relatar uma experiência realizada em Barcelona ,(Flecha,1998). Em um bairro operário da cidade, existe uma escola para alfabetização de adultos (especialmente, migrantes, ciganos e donas de casa) que

segue uma tendência pedagógica que alia Freire, Vigotsky e Habermas. Lá, foram criados grupos de tertúlias literárias para adultos que recém alfabetizados. Essas pessoas se reúnem uma vez por semana para discutir textos da literatura espanhola e universal, escolhidos pelos próprios participantes. Os textos são discutidos a partir da compreensão e reflexão que provocam nessa população, discutindo e fazendo ligação com o seu cotidiano. Assim, inúmeros assuntos já foram dialogados pelo grupo, como a poesia de Miguel Hernandez que relata a prisão que ele sofreu no governo ditatorial de Francisco Franco. Esse poema foi sentido, compreendido e dialogado por um dos participantes, que relacionou-o com sua experiência sindical e as diversas formas de opressão pelas quais ele havia passado. (Flecha, 1998:50).

Uma outra participante discutiu Garcia Lorca a partir dos sentimentos e reflexões que um poema lhe provocava, discutindo a sua relação marital. E assim, sucessivamente, foram, cada um com as suas diferenças, procurando sentidos nos textos, compreendendo-os a partir da suas vivências e reflexões, considerando importante, significativa e diferente cada uma das reflexões dos membros do grupo, criticando os mais diversos autores consagrados por não concordarem sobre determinado ponto de vista... Enfim, foram, a partir de uma educação dialógica e participativa, construindo um horizonte comum de entendimento e de solidariedade.

Habermas discute as ações mediadas pela linguagem e faz uma proposta que classifica quatro formas de agir. (Flecha,1998:15-16). A mais antiga e freqüente seria a ação teleológica que corresponderia àquela em que uma pessoa escolhe os melhores meios para conseguir um resultado. A linguagem seria um

dos meios acionados para se conseguir um objetivo previamente discutido e analisado por um, e somente um, dos atores do processo. Por exemplo, no início da epidemia da AIDS, se pensou que o medo era o melhor meio para conseguir a prevenção e, por isso, se utilizou uma linguagem baseada no medo e no terror. Também na escola, a fala e a linguagem do professor, assim como seus objetivos de aprendizagem, devem ser atingidos pelos alunos em geral, sem discussão. Além disso, a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, em geral, também segue esse princípio.

Um segundo tipo de linguagem ou ação seria aquele regulado por normas onde um subgrupo atua e compactua papéis já estabelecidos para todo o grupo. A norma, ou regra, é estabelecida externamente, por exemplo, pela direção da escola ou pelo posto de saúde, e deve ser cumprida por todos. Aqui, a linguagem é um meio para transmitir os valores que predominam naquela instituição ou sociedade.

Um terceiro aspecto do uso da linguagem seria na forma de drama, em que a linguagem é utilizada para representar cenas, na procura de construção de significados, por aquele que está fazendo a cena. Não há uma construção interativa de significados que possam levar a um consenso.

Uma linguagem centrada na ação comunicativa seria a proposta de Habermas. Nela, a linguagem é utilizada para haver entendimento e diálogo entre todos os participantes de determinado contexto, ou seja, há discussão e negociação das diferenças. O diálogo vai sendo construído a partir das contribuições de todos os participantes, assim como o entendimento, ou consenso, é resultado da interpretação argumentativa de todos os participantes.

Se não houver entendimento, cada grupo ou pessoa mantém a sua opinião, sem a utilização de elementos coercitivos de nenhuma natureza.

Isso nos leva a um conceito utilizado por Habermas, muito criticado, talvez porque mal compreendido, que é a “situação ideal de fala”. O falante e o ouvinte se aproximam de um horizonte comum onde acontece o entendimento. Essa caminhada até a situação ideal de fala é trabalhosa , já que implica em uma atitude hermenêutica em relação ao outro. Ou seja, perceber o outro como diferente e internalizar a diferença no meu contexto já modificado por tal internalização. Inúmeros conflitos advirão nessa caminhada, já que o meu contexto é diferente do teu, e o meu julgamento da tua fala está inserida dentro do meu contexto. Porém, a partir do momento em que compreendo, já estou numa situação ideal de fala, no sentido de superar as diferenças.

Diante dessas questões, dou o exemplo de uma vivência minha, como médica no atendimento de uma mulher soropositivo que insistia em engravidar. Isso aconteceu há quase seis anos. Conheci Sandra já grávida. Através de exames de rotina do pré-natal, iniciado quase no final da gravidez, ela se descobriu HIV positivo do companheiro que, havia pouco tempo, a tinha abandonado. Durante o escasso período pré-natal, conseguimos conversar, e eu achava que nos compreendemos mutuamente. Acredito que fiz, dentro dos meus princípios éticos, uma acolhida generosa daquela mulher. Ela teve o filho, HIV negativo, e, de repente, “sumiu” das consultas. Voltou alguns meses depois, já no quinto mês de gravidez. Fiquei estarrecida, furiosa comigo mesma e com ela, por não estar compreendendo essa sua opção, agora se sabendo HIV positiva. Segundo as minhas informações científicas, além da gravidez ser de risco, as

chances de ter um bebê HIV positivo eram de 40% a 60% se ela não fizesse tratamento .

Durante a segunda gravidez, ela não quis fazer tratamento e, depois da minha fala “normativa”, ela não voltou mais ao posto. Apareceu vários meses depois, com uma criança saudável nos braços e grávida pela terceira vez. Aí, usando todo o poder de minha linguagem normativa, eu disse para ela: “Não sabia que tu querias morrer? Por que tu tá engravidando, tu não sabes que não pode porque tu é HIV positiva?” Ela me disse : “Eu posso, eu vou tomar o remédio!”. Eu respondi: “Então não vou te acompanhar, procura outro médico. Não consigo te entender...”. Ela procurou outro médico, foi acompanhada pela psicóloga e assistente social e, depois de três anos, conseguiu tomar a medicação. Encontrei com ela um ano atrás, e ela me mostrou as fotos das crianças, o vidro da medicação, me disse que estava casada e usava camisinha. Olhei-a e compreendi, com muita emoção, que ela tinha se sentido compreendida e, ao mesmo tempo, me compreendeu.

Hoje, eu compreendo essa situação de forma totalmente diferente e posso dizer que, quando atendo uma gestante grávida, HIV positiva, consigo ter a paciência de ouvi-la, compreendê-la, e ela me compreende também. Levei seis anos para isso. Durante esse período, não conseguia atender mulheres grávidas HIV positivas, já que estava escrito no meu horizonte de compreensão que essas mulheres não poderiam engravidar porque traria dificuldades de toda ordem para a gestante. Hoje, consigo. Meu horizonte se impregnou do horizonte daquela mulher, mas foi um longo, doloroso e conflituoso processo. Agora, posso dizer que existem “situações ideais de fala” entre ela e eu. É evidente que, em todo esse

processo, interferiram as “mochilas” subjetivas, culturais, sociais e econômicas que cada uma de nós carrega em todas as situações que vivenciamos. A maioria delas é muito difícil de remover e passa necessariamente pelo estranhamento e, depois, por uma explicação dialética do fenômeno.

Esse exemplo mostra como, muitas vezes, pode ser difícil a construção da compreensão e do entendimento principalmente naquilo que chamamos de sItuações-limite de compreensão, discutido anteriormente neste texto. É nelas que temos que lançar mão de todos os nossos recursos subjetivos, metodológicos e éticos para ouvir o outro. É também nessas situações que a maioria dos profissionais que querem dialogar se apóia no saber científico, considerado inquestionável (como eu fiz na história anteriormente relatada) e suficiente para explicar o problema. É nas situações-limite que vivenciamos a contradição entre o discurso e as dificuldades do fazer cotidiano de uma prática dialógica.

Assim, quando uma ação comunicativa tem na sua essência o diálogo e o entendimento, a linguagem que a media tem também essas características. Por isso, acredito que a leitura das cartilhas foi realizada sem dificuldades, como foi demonstrado em todos os espaços educativos onde ela foi lida. Evidencia-se, com isso, um linguajar para a integração, criando situações de “fala ideal” entre os participantes que fizeram a leitura, já que se reconhecem de forma intersubjetiva, ou seja, tem validade coletiva. O texto está inserido no contexto.

A esse respeito, cito Flecha:

> “*Os diversos comentários não são classificados como melhores ou piores, mas sim como diferentes. Esta horizontalidade aproxima os*

participantes do grupo de uma situação ideal de fala. Sua relação é ao mesmo tempo, real e ideal; real porque a maior influência de algumas vozes lembra que a conversa acontece num contexto desigual; ideal porque este contexto faz o caminho para nos direcionarmos para a superação das desigualdades." (1998:19)

Assim o grupo chega na leitura do quadro em que diz: *"Eu olhei a minha xexeca e a achei bem bonitinha".*

3.3.2.3.2 A discussão do corpo a partir da leitura da cartilha

Figura 1. Achei minha xexeca bem bonitinha....cartilha Conversa Franca, pg. 3.

Esse quadro é provocador. As mulheres ficam rindo, uma quer passar para a outra ler. Cria um desconforto. Uma cutucando a outra, ou fechando um olho em sinal de concordância com o texto, dando risadinhas baixinhas, ficando

envergonhadas, demonstrando um pudor em relação ao corpo ainda existente entre elas.

Começam, então, a discutir a questão da "*vergonha de olhar o corpo"* e "*A vergonha de olhar as partes"*. A seguir, coloco parte do diálogo que aconteceu na leitura deste quadro:

" - Eu acho engraçado.

- O que que tu acha engraçado Fabíola?

- Ah, quando ela diz que se olhou no espelho.

- É, porque que é engraçado?

- Sei eu, nunca olhei no espelho.

- Ah, eu já, mas...

- Eu já.

- Eu me olhei só depois que pequei este livrinho no ano passado, que me olhei, porque até então eu não tinha olhado, tomava banho, lá, e não tinha parado pra me olhar, aí eu acho interessante assim pra gente se conhecer mesmo, né, porque tu não conhece assim olhando, por fora, por dentro mesmo.

- Pois é, mas porque que antes de ler isso aqui tu nunca tinha te olhado?

- Vergonha ou achava que não era preciso ou até ia achar estranho porque que eu ia ter curiosidade de, em olhar, me conhecer...?

Essas conversas nos levam a refletir sobre esse pudor, vergonha ou silêncio em relação ao corpo e à sexualidade , vivenciados de forma intensa pelas mulheres do Beco, que construíram o material – podemos dizer, até, pelas

mulheres da Vila Jardim, em geral –, e pelas mulheres que moram nos cortiços do Jardim Itú.

Essas mulheres, cuja maioria tem entre 20 e 35 anos, seguem uma estruturação da identidade feminina do silêncio, do ocultamento (Guimarães,1996:93). Isso não quer dizer que não haja um discurso e uma prática do que é ser mulher em seu contexto, mas sim que o silêncio – o ocultamento, o não falar sobre o corpo, os diferentes aspectos da sexualidade e do desenvolvimento feminino, como primeira menstruação, relações sexuais, menopausa, perda da virgindade, o aborto, a violência doméstica, etc. – é o discurso.

Esse silêncio é passado de geração em geração, e esse discurso do pudor estabelece e reforça “a pureza, a ingenuidade, a fragilidade e inferioridade , atributos necessários à conservação da imagem legítima da mulher como a moça virgem, esposa fiel e viúva recatada.” (Guimarães, 1996:93).

Esse silêncio e ocultamento foi construído através da história e, somente a partir das lutas feministas da segunda metade do século XX, os aspectos que dizem respeito ao corpo, à sexualidade feminina, à reprodução, entre outros, começam a ser discutidos publicamente.(Perrot, 2003:14)

Perrot acrescenta que o corpo privado é construído para permanecer oculto, discreto, não falado, ao contrário do corpo público, principalmente nas últimas décadas, em que o corpo feminino é o principal suporte de muitos anúncios publicitários. Neles, a fragmentação do corpo e a sua venda como objeto vêm ao encontro da passividade e do ocultamento na intimidade do lar. Embora sejam aparentemente contraditórios, na verdade, são as faces de uma totalidade,

em que o corpo feminino é desvalorizado, ao ser tratado como mercadoria na publicidade, impessoalizando-o e negando até a sua anatomia.

Na história, a desvalorização do corpo feminino passa pela supervalorização do corpo masculino, tão bem falado pelas mulheres da Vila Jardim, no momento da elaboração do material educativo que está sendo avaliado. *“O homem é bonito” e “As partes das mulheres são feias, por isso escondidas(...)”*, falaram as mulheres que construíram o material, afirmação validada pelas mulheres que estão avaliando a cartilha.

Essa desvalorização do próprio corpo é reforçada quando as mães ou as avós se negam a falar sobre ele ou sobre os momentos de mudança, como menstruação e perda da virgindade. O reforço de tais aspectos do feminino por parte das próprias mulheres da família também foi construído socialmente, já que, segundo Perrot,

> *“No século XIX adolescência masculina é considerada uma crise violenta; a das meninas , uma mutação suave que as encaminha ao papel de reprodutoras. Para elas não há rito de passagem.; apenas uma transmissão de mãe para filha cujo murmúrio tende a se perder nos pudores vitorianos do seculo XIX”. (2003:16)*

O não falar sobre o corpo e a sexualidade também é observado por Boltanski (1976:147) no seu estudo de diversas classes sociais e suas relações com o corpo, realizado na França. O autor afirma que os operários e os agricultores não falariam sobre tais aspectos. A sexualidade, principalmente, é considerada uma situação dada. Uma questão natural, instintiva e, portanto, que

não deve ser falada nem discutida. Esse silêncio, concordando com Perrot(2003);Victora(1991) Guimarães(1996), é reforçado pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas de saúde, em que as questões do corpo e a sexualidade não são sequer abordadas na maioria das consultas ginecológicas e nos textos de atenção primária e de ginecologia, em que o corpo feminino é visto somente como reprodutor ou portador de doenças.

Quando da elaboração das cartilhas, solicitamos às mulheres dos grupos que desenhassem o seu corpo. Muitas delas se desenharam com os seios expostos, mas de calcinha, justificando-se, algumas, porque as partes são muito feias e outras porque não conheciam direito a genitália. Também nesse sentido, Victora (1991:185); (2000:77) solicitou a mulheres da Vila Jardim que desenhassem o aparelho reprodutor feminino. Nenhuma delas desenhou o canal vaginal e a vulva. Ela atribui o fato a esse pudor, que seria negado, se tivessem que falar sobre as partes do corpo que tem relação direta com a prática sexual.

Esse pudor, como falei anteriormente, leva ao desconhecimento do próprio corpo como colocam as falas das mulheres do cortiço do Jardim Itú, relatado pela coordenadora do grupo :

> *“Algumas do grupo tinham se olhado, mas muitas tinham dificuldade e uma menina falou que morria de vergonha, se sentia toda desengonçada, morria de vergonha...”*
>
> *Elas descreveram a anatomia feminina, ... ah, elas achavam, por exemplo, assim, algumas ignoraram a uretra... os buraquinhos...outras esqueceram não do buraquinho, mas do clitóris,...não sabia onde ficava.”,*

Um outro aspecto que poderia ser destacado, indo ao encontro das observações de Victora (2000:76) é que o sentido prático organiza um conjunto de significados, ou seja, a experiência cotidiana torna-se o eixo organizador das sensações e percepções. Podemos observar a questão nas mulheres que participaram do grupo da Vila Jardim, já que aquelas que tinham se olhado, o tinham feito por uma necessidade exigida pelo cotidiano, uma necessidade contingente, em que o não olhar o próprio corpo significaria um agravo ou descaso naquela situação. Isso, por um lado, é comprovado pelas falas, mas, por outro, a afirmativa de que é o cotidiano que se torna eixo organizador revela o quão profundamente arraigadas estão as concepções de ocultamento do corpo, posto que somente a exigência prática é que irá desvelá-lo.

Nos desenhos da genitália feminina solicitados por Victora (2000:76), todas as mulheres colocaram a doença ou a gravidez como caminho de conhecimento da genitália feminina. Isso não aconteceu com as mulheres que elaboraram as cartilhas, já que muitas delas tinham filhos e, mesmo assim, desconheciam a anatomia externa da genitália.

A seguir, coloco as falas das mulheres do Beco da Alberto Barbosa, que evidenciam a necessidade de conhecimento prático.

> *“eu me aprendi olhar quando eu, não tinha filhos ainda, quando eu tava com uma ferida no útero. Aí então a médica me mostrou no espelho, onde seria o local da ferida, até achei meio estranho porque a gente é vazia dos lados assim, foi aí que eu aprendi a olhar.”(Maria,35 anos, faxineira, casada)*

> *“Eu aprendi a olhar no espelho quando eu fui fazer curativo da minha primeira filha, eu tava com ponto, né, e aí eu cheguei em casa e eu peguei e fui fazer curativo, só que eu não enxergava, aí eu coloquei o espelho pra poder fazer o curativo e aí eu me olhei... foi costurado” (Rosa, 33 anos, dona de casa, casada).*

No grupo da Alberto Barbosa, a maioria das mulheres se olhava, e uma especialmente relatou que começou a se olhar após a leitura desse material, há um ano, como é colocado nas falas acima. A maioria delas começou a se olhar após terem os filhos, quando tiveram que fazer o curativo e a higiene pós-parto, ou seja, em situações em que “se olhar” era exigido pelas circunstâncias (parto, acompanhar filha no ginecologista, algum corrimento, algum tratamento, etc.), e todas tinham feito isso na idade adulta.

Na infância e na adolescência, vivenciaram a vergonha associada a um pudor em relação à genitália feminina , construída e transmitida principalmente pelas mulheres mais velhas da família. A mãe nunca falou com elas sobre o corpo, a menstruação e, se o assunto fosse relacionamento sexual, a dificuldade era ainda maior.

Especificamente sobre a primeira menstruação, as falas das mulheres vêm carregadas de uma dramaticidade que marcaram-nas intensamente, já que foi vivida com surpresa e desconhecimento, por volta dos 12 anos. Esse desconhecimento também é relatado por Victora (1991:119) , demonstrando que o silêncio, pelo menos para as mulheres do grupo, continua.

“Eu também, quando eu vi que eu tava menstruada, eu achei, eu brincava, assim, de sentar naquelas bolsa e os meus irmãos puxa assim, né, nos barranco assim, e aí eu fui pra tomar banho e tava daquele jeito, meu Deus me rasguei toda e não contei pra mãe, escondi e aí tinha uma colega minha do colégio que era mais velha e ela disse assim pra mim: - Quando tu fica assim tu não pode nem olhar prum guri senão tu engravida, aí eu não queria sair de dentro do quarto, eu nunca tinha visto a minha mãe, a minha mãe nunca deixou a gente ver nada, assim, nada...” (Maria, faxineira, 35 anos)

“Eu não sabia que aquilo lá sangrava, eu pensei que eu tinha me machucado, eu fiquei com medo de contar pra mãe e a mãe fosse ficar braba, alguma coisa com guri porque eu brincava com meus irmãos, né, ai foi um sofrimento, enquanto eu fiquei daquele jeito eu não saía, nem no colégio queria ir, apanhava, não queria sair do quarto de medo de engravidar... ”.(Josiane, 26 anos, do lar)

Essa relação de engravidar durante a menstruação, segundo conhecimento científico, não tem validade. Somente se engravida quando há liberação do óvulo, o que acontece, de forma geral no 14^{o} dia do chamado ciclo menstrual, podendo a gravidez ocorrer no máximo 48 horas antes ou depois. No entanto, tal relação é encontrada em outros estudos citados por Victora (1991:118), onde o entendimento por parte da população é de que, durante a menstruação, o útero ficaria aberto, facilitando a entrada dos espermatozóides, e que o próprio sangue promoveria com maior facilidade o fluxo dos mesmos.

Outras falas do mesmo grupo mencionam outras pessoas da família que tomaram a iniciativa de conversar sobre o que estava acontecendo. Inicialmente destacamos a fala de Daiane 19 anos, dona de casa e grávida atualmente. Ela coloca que foi a avó que ensinou as questões relacionadas com a menstruação. Em muitas situações, as avós assumem essa incumbência de orientar as netas, devido a “atrapalhação” das filhas para abordar o assunto.

Parece que o distanciamento ou estranhamento que a neta provoca, já que não é ela que tem que educar a neta, dá um certo alívio para fazer essa conversa. Situação que parece contraditória, pois, de forma geral, são as avós que reforçam os comportamentos transmitidos através das gerações. Pelo que observo nesta fala, nem sempre isso acontece.

> *“.eu, quando era pequena, minha mãe não conversava nada disso comigo, e até hoje ela é do mesmo jeito, eu não aprendi um monte de coisa, como botar um absorvente, não foi com a minha mãe. Quando eu fiquei mocinha, eu botei virado, grudou, eu tive que arrancar (risos), não foi com a minha mãe, já mais com a minha avó do que com a minha mãe, por isso eu sou mais com a minha vó do que com a minha mãe...”.(Daiane , 19 anos, dona de casa, grávida)*

Uma outra fala, de Josiane , 27 anos, dona de casa, com 2 filhos, nos conta que foi o seu pai que tomou a primeiras providências em relação ao fato dela estar menstruada. Esse relato chamou a atenção de todo o grupo, inclusive das profissionais ,já que é pouco comum isto acontecer. Em geral, os pais sabem que a filha “virou mocinha” através da mãe e não fazem comentários a respeito,

reforçando o silêncio em relação ao tema. Observo ainda que esse fato aconteceu quando ela tinha 13 anos, em 1990, ou seja, um tempo relativamente recente.

> *“ela não conversou nada comigo, não me disse nada, não explicou nada e quando eu fiquei menstruada eu tinha treze anos e aí eu fui no banheiro e senti... E vi, eu comecei a gritar, desesperada, eu comecei a gritar, gritar, batia na porta do banheiro... Aí, o meu pai abriu a porta e perguntou o que que era e eu peguei e disse que eu tinha me machucado, mas eu não tava sentindo dor. Aí, ele pegou botou uma toalha no rosto(cobriu o rosto) e falou: ‘isso não é nada, tu ficou mocinha’. Aí eu disse: ‘tira a toalha’. Ele disse: ‘não, o pai não pode tirar o pano, eu vou conversar contigo assim. Tu vai tomar um banho, eu vou no armazém, já volto.’ Daí, ele voltou com um modess desse tamanho assim e disse pra mim: ‘pega uma calcinha pra ti, que o pai vai te ensinar’. Aí ele pegou e tirou o lacre, pegou e me disse: ‘me dá tua calcinha’ aí botou. ‘Agora tu veste’. ‘Eu vou ficar com isso?, como é que eu vou andar?’ Ele que me explicou tudo, porque a mãe não tava(...). Quando mãe voltou do armazém, a mãe sentava, levantava e eu ali, esperando pra ela me contar, e aí eu disse assim: ‘mãe tu não vai falar?’. ‘ O que?’, ‘O que é ficar assim mocinha.’ Aí ela disse ‘te senta’, ela me contou, e disse ‘eu não esperava que tu fosse ficar mocinha tão cedo eu tava me preparando pra contar...’*
>
> *Tu ficou com que idade? Com treze anos.*
>
> *Ela achou cedo treze?”*
>
> *... é porque, porque ela ficou com quinze...*

Na verdade o silêncio em relação ao corpo começa cedo, muito antes da menstruação , como nos demonstra Parker :

> *"(...) mas aos cinco anos e, às vezes, até mesmo aos três, instala-se um padrão que marca o tratamento cultural das mulheres por toda a sua vida. Enquanto qualquer sinal de indisciplina ou comportamento não feminino são cuidadosamente corrigidos pelos pais atentos, explicações e informações concernentes à própria existência sexual da menina são rigorosamente evitadas, e o caráter e os processos de seu próprio corpo permanecem encerrados num silêncio que se torna mais completo á medida que o tempo passa." (1991:91)*

Por isso, concordando com o autor, talvez a menstruação poderia ser o início de uma ruptura do silêncio. Afinal, é um sinal evidente e irreversível de que a menina "é moça", podendo manter relações sexuais e engravidar. Porém, tal evidência não leva ao diálogo. Ao contrário, são ainda mais enfatizados o controle (pois a filha passa a poder engravidar), a passividade e uma exaltação da virgindade, o que, segundo Parker, reflete uma visão hierárquica do feminino, ou seja, invariavelmente a mulher é vista como inferior e, contraditoriamente, como perigosa e ameaçadora. Por isso, não haveria necessidade de diálogo nem de informação. A mulher precisa, sim, ser controlada, proibida e silenciada.

Tais situações, muitas vezes dramáticas, vivenciadas pelas mulheres de classe popular, não se diferenciam muito daquelas vividas pelas profissionais de

saúde. Pude constatá-lo quando fiz um exercício prático de como trabalhar com a cartilha “Conversa Franca” em grupos de profissionais. Em cinco experiências diferentes com profissionais da saúde, em cursos e seminários, todas relataram experiências semelhantes às descritas acima.

Nesses espaços, também o quadro da mulher se olhando no espelho provoca uma “enxurrada” de falas e recordações, e são descritas de forma detalhada as experiências vividas. Tal situação mostra como os condicionantes de gênero relacionados com o corpo se manifestam nas mais diversas classes sociais, categorias profissionais e idades. Existem algumas variantes, mas a norma em todas essas mulheres é o silêncio (“*agora tu és mocinha, mas não fala nada para tua irmã...”),* o ocultamento (“*se está escondido pela natureza, não e pra olhar....”)* e o controle (“*pra mim, foi horrível, não pude mais brincar de correr ou pular, não podia mais sair de casa sozinha, nada eu podia fazer, até na escola passaram a me pegar...).*

E por que haveria necessidade de conhecimento do corpo?

Segundo Perrot (2003:23), porque faz parte de um movimento histórico da luta das mulheres para serem reconhecidas como sujeitos da história. A apropriação de si e do corpo, do conhecimento do mesmo e da autonomia do corpo, que está diretamente relacionado aos direitos reprodutivos (desejo de ter ou não ter filhos) , fazem parte dessa caminhada. Ao falar do seu corpo, ao conhecê-lo, a mulher está dando um primeiro passo na quebra de uma relação cultural e social que vem, há séculos, construindo um perfil feminino, em que o corpo é um objeto impessoal e conhecê-lo não faz parte do cotidiano, o que torna-o inquestionável.

A caminhada é difícil, pois significa questionar o já estabelecido. Porém, pela conversa que tivemos na reunião com as mulheres do Beco da Alberto Barbosa, tais aspectos estão sendo motivo de tensão e reflexão no dia-a-dia, como vemos nas falas a seguir:

“ - É bom olhar, a gente se olhar de vez em quando.

- É bom sim, sempre bom, né?

- Tu consegue?

- Eu não tentei, eu não tentei, mas tem os pêlos também, né?

- Mas aí tu vai ver lá por baixo.

- Tipo, mas tu consegue, não tem vergonha, como elas disseram?

- Ah, vergonha a gente tem, né, mas a gente sozinha nem sente vergonha, né? É com a gente mesmo que a gente tá..”

A necessidade de mudança sentida, já que houve sofrimento e desconforto, bem como a preocupação com o silêncio gerado sobre tais assuntos são reveladas no interesse em discuti-los com os filhos e filhas. Todas as mulheres declararam que conversam com os filhos e filhas. Defendem que é importante para não serem “tão bobos” como elas foram, mas também porque é um dever dos pais colocarem para seus filhos essas situações.

A fala a seguir expressa tal sentimento entre as mulheres do grupo, observando que não foi explorada a expressão “*saber torto na rua”*:

“...é assim , eu tenho uma tese assim: o que eu passei com meu pai e a minha mãe, falta de comunicação, eu não passo pra eles, porque hoje em dia,

mesmo tu não falando eles vão ficar sabendo, tem televisão, tem amiguinho, tem a escola. Então é obrigado a tu, o pai e a mãe, na ausência do pai, tu, a mãe a contar do que ele saber torto na rua".

Essa fala de mãe preocupada em conversar com seus filhos e filhas reflete a opinião do grupo de mulheres. Entretanto, não foi explorado o que essas mulheres conversam com seus filhos, de que forma elas o fazem ou que assuntos são discutidos. Faço-me essas perguntas porque, como sabemos, atualmente, as meninas adolescentes são o grupo populacional mais vulnerável à epidemia da AIDS. Nesse momento, as estatísticas de 2002(MS-CN-DST/AIDS) nos mostram que as mulheres adolescentes inverteram a relação, ou seja, agora são 0,6 homens para uma mulher adolescente.

Nas mulheres adultas com parceiro fixo, essa relação é 1,3 homens para cada mulher, como foi exposto anteriormente neste texto. Sabemos, também, segundo relatos da literatura, que os homens adolescentes mudaram a sua relação com a camisinha, ou seja, muitos consideram o uso da camisinha ou o fato de ter uma camisinha na carteira como uma prova de virilidade e de atividade sexual freqüente. No entanto, as meninas da mesma faixa etária continuam sendo consideradas preparadas demais para o sexo quando são vistas com a camisinha, ou seja, estariam planejando antecipadamente a "transa", conscientes de que vai "rolar", e isso é avaliado negativamente pelos homens adolescentes de baixa renda.

Outro aspecto também divulgado pela literatura é que os pais, tanto a mãe, como o pai, colocam à disposição a camisinha para seus filhos homens, mas para

as suas filhas o mesmo é negado. O filho pode andar com a camisinha no bolso ou na carteira. A filha, não.

O aspecto da necessidade de diálogo com os filhos e filhas é enfatizado na cartilha, na página 4. Porém, em nenhum dos grupos isso foi problematizado, no sentido de esmiuçar o que era conversado com cada um dos filhos. A princípio, as mulheres concordam com as falas e com a necessidade de mudança, mas em todos os grupos o tema foi abordado de forma superficial.

Como vemos, os caminhos trilhados no grupo são o início de uma longa caminhada.

A discussão no grupo foi bastante participativa, e as mulheres se colocam abertamente. Quando vejo, tem mais cinco mulheres atrás de mim, participando da reunião. Uma que outra criança, entre as que estão na casa da Maria, “foge” e se mistura à reunião.

Foto 31 Grupo de Mulheres do Beco da Alberto Barbosa

Posso concluir, então, que o material educativo, na parte que se refere ao corpo, suscita e facilita a discussão. Os aspectos contidos no material vão ao encontro do sentido e vivenciado no cotidiano dessa população. No entanto, devo fazer algumas considerações.

Nesse e em todos os outros grupos, não foi discutida a vulnerabilidade biológica do corpo feminino. Ou seja, além da vulnerabilidade cultural e social aqui descritas e conversadas no grupo e no material, existe a vulnerabilidade biológica já discutida neste texto. Isso pode ser interpretado de várias formas. A primeira delas é que, talvez, os profissionais que coordenavam os grupos não soubessem de tal informação, o que parece pouco provável devido à cotidianidade da epidemia, também por se tratar de assuntos biológicos que são os primeiros de que o profissional de saúde se apropria e são vistos como um conhecimento técnico essencial para coordenar os grupos.

A segunda explicação seria relacionada ao próprio processo educativo grupal, em que as relações de gênero quanto ao corpo e à sexualidade tomavam a maior parte do tempo das discussões. Eram, muitas vezes, discussões difíceis, problematizadoras, tanto para os profissionais, como para a população. Tanto que o maior esforço era concentrado nessa discussão. Como os grupos continuavam após as minhas observações, em todos eles fiz sugestões para continuação dos assuntos pouco discutidos ou pouco claros, no sentido de aprimorar as conversas entre os profissionais e as mulheres dos diferentes bairros.

Outro aspecto que gostaria de destacar se relaciona à forma como foi trabalhado o material e como ela afeta a discussão sobre o conteúdo do mesmo. A relação entre forma e conteúdo é uma das categorias do materialismo dialético e

acho que nos ajudam a compreender tal relação. Observei que a forma como foi aplicado o material afetou o conteúdo. Com isso, quero dizer e demonstrar que, conforme foi aplicado o material, este ou aquele assunto foi tratado com maior ou menor problematização ou sequer foi abordado. Também a vivência do material por parte da população depende diretamente da forma como ele foi aplicado. Logo, "*a forma reage sobre o conteúdo, contribui para seu desenvolvimento ou o refreia"* (Cheptulin, 1982:268).

Vejamos especificamente o eixo temático discutido até agora: o corpo. Nesse grupo da Vila Jardim, a leitura foi interrompida pela coordenadora do grupo, no momento em que o material abordava o assunto, o que permitiu discuti-lo de forma problematizadora e participativa, mesmo não tendo sido na sua totalidade, como coloquei anteriormente.

Também no Jardim Itú, dedicou-se um encontro para discutir os aspectos do corpo onde, inclusive, as mulheres obtiveram um espelho para tentarem se olhar em casa. O fato de lá, a discussão do material ter sido dividida em dois encontros propiciou uma discussão mais aprofundada desse eixo temático pelas mulheres do Itú, propiciando até atividades de ordem prática .

Já na Unidade N.S.A e no Jardim Leopoldina – onde as cartilhas discutem também a construção social e cultural do silêncio em relação ao corpo –, a forma utilizada para a leitura, sem interrupções, impediu o resgate do eixo temático por parte dos profissionais e das participantes do grupo.

Já entre as mulheres que leram individualmente durante e após a consulta, o tema era discutido de imediato. O quadro da mulher se olhando no espelho era o

que causava o maior impacto inicial, inclusive levando-as a interromper a leitura para fazerem comentários e se reportarem às suas vivências.

Assim, penso que a não menção do tema *corpo* nas leituras ininterruptas se deva à dificuldade cultural de falar sobre o assunto.Também concluo que a forma que mais favorece o desenvolvimento do conteúdo é aquela em que a conversa a partir da leitura do material é fracionada em vários encontros.

Uma forma intermediária, embora também leve a omissões importantes, como no caso da Vila Jardim, é ir interrompendo a leitura de forma espontânea ou planejada. Essa pode ser uma forma de discussão no espaço da sala de espera, onde o tempo restrito e a informalidade do lugar levam a uma discussão superficial dos problemas. A interrupção da leitura permitiria uma discussão parcial do material, mas talvez com maior profundidade ou com o resgate de seus eixos, conforme o interesse do grupo.

Um outro aspecto em relação à forma e ao conteúdo é que, quando o conteúdo supera dialeticamente a forma, isso leva à modificação do conteúdo. Tive essa impressão ao observar o grupo do Beco da Alberto Barbosa, no momento da discussão do uso da camisinha. Como mostra a tabela de dados quantitativos das mulheres participantes, a metade das mulheres fazia uso da camisinha nas suas relações sexuais há mais de um ano, e, dentre estas, muitas usavam há mais de quatro anos. Então, aquilo que constava no material sobre as dificuldades de negociação da camisinha com o parceiro estava superado pela maioria do grupo, o que não foi devidamente explorado, pois houve uma interrupção por parte das crianças, que tumultuou a conversa e impediu a sua retomada de forma adequada. Ou seja, além não ter havido uma troca de

experiências em relação ás outras mulheres que não usam camisinha ou tinham dificuldade de negociá-lo, não foram exploradas as estratégias de negociação e de manutenção do uso da camisinha. Isso é de extrema importância, já que “se perderam” os relatos de como foram superadas as dificuldades de negociação através do cotidiano. Tais aspectos seriam retomados por mim, nas entrevistas individuais que realizei após as reuniões. Contudo, se, antes disso, eles houvessem sido discutidos no grupo a ponto de se chegar a um entendimento de validade intersubjetiva sobre as estratégias de negociação e o uso do preservativo, sem dúvida estaríamos prontas para superar o que estava escrito na cartilha. Lamentavelmente, ninguém (nem a coordenadora do grupo, nem as participantes) se apropriou desse momento. Se esta problematização tivesse sido feita, teríamos observado na práxis a superação do conteúdo pela forma, ou seja, a necessidade de fazer um outro material. Na verdade, me contentei em observar, com muita emoção, como a forma refreou o desenvolvimento do conteúdo. Digo *com muita emoção* porque nesse grupo observei com bastante nitidez que o texto fluía no contexto, ou seja, à medida em que as mulheres liam, iam colocando as suas experiências e as relações que faziam em torno do tema. Era o conteúdo a seguir da cartilha. Ou seja, havia uma total integração: aquilo que estava no texto era compreendido, e havia um reconhecimento imediato com as vivências das pessoas do grupo. Esse fluxo de leitura e as falas das mulheres do grupo, tão coincidentes, facilitavam a abordagem dos assuntos com certa facilidade. Por outro lado, dificultavam a problematização por parte da coordenadora, ,já que o que estava na cartilha, poderia se dizer, era o que elas pensavam e faziam.

Aqui cabe observar que além de não ter sido feita a problematização devida em relação à permanência do uso do preservativo, as outras mulheres, que não usavam o preservativo, não foram ouvidas suficientemente, tornando superficial a abordagem do tema. Por outro lado, como coloquei anteriormente, houve possibilidades de discutir aspectos do corpo alavancados pela cartilha, e nisso elementos que não estavam no material foram acrescentados pelas participantes. Desse modo, construiu-se no grupo um diálogo enriquecedor, favorecendo a troca de experiências, questionando os valores culturais e entendendo a necessidade de mudança em relação ao tema.

Penso que o fato da questão *corpo* ter sido discutida com bastante intensidade, inclusive emocional, fez com que nos outros assuntos, as participantes do grupo não tivessem “fôlego” suficiente para discutir outro tema tão importante, como é a negociação e o uso do preservativo. Reforça-se, assim, a nossa sugestão de que a cartilha seja discutida em vários encontros, destacando de forma progressiva os eixos temáticos que o material contém. Somente assim, penso, estaremos fazendo uma ação educativa dialógica em que é possível desvelar cada uma das experiências expressas pelas falas das participantes.

Se o material for lido de forma contínua, vários temas que fazem parte da prevenção das ISTs/HIV/AIDS não serão discutidos. Mas também, se o material for lido fazendo as interrupções que o grupo e a coordenadora considerarem necessárias, é preciso ter claro que provavelmente somente um tema do material será “suficiente” para um encontro de uma hora e meia ou duas horas de duração. Por isso, também, é necessário que o/a cordenador/a identifique os eixos a serem discutidos previamente e qual deles será discutido nessa ou naquela reunião. Ou

seja, o planejamento da atividade se faz necessária. Esse assunto será retomado na avaliação da cartilha Cenas da Vida.

Outro aspecto também a ser ressaltado é que, em todos os locais onde foi realizada a leitura contínua (inclusive as observações da minha prática diária com o material), o único tema destacado é a negociação do uso do preservativo e a relação fidelidade/infidelidade no relacionamento conjugal. Ou seja, mesmo não sendo a leitura mais adequada metodologicamente falando, ela poderia ser feita, pois destaca os problemas fundamentais na prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo. Porém, aqui, as recomendações de destacar um só eixo temático devem ser mantidas, se não teremos uma conversa superficial sobre o problema.

A seguir, então, coloco o relato de minha observação da reunião e, depois dele, passo a relatar a conversa que tive, posteriormente, com três mulheres que participaram da mesma reunião.

> *"Continua a leitura. Começam a falar sobre sexo, e passam a falar sobre a camisinha. Das 8 mulheres presentes, 4 usam camisinha de forma fixa. As mulheres discutem animadamente o uso do preservativo. As crianças chegam na reunião. Olham as camisinhas e pegam nas próteses penianas gritando "o que isso? Nossa que tamanhão". As mulheres riem e Ana explica porque é desse tamanho para as crianças... elas riem. Todas elas não devem ter mais de 7 anos. Elas pegam camisinhas e voltam para a casa da M. As mulheres ficam com prurido para pegar a prótese, mas as*

mais despachadas ensinam e mostram orgulhosamente as suas habilidades. Riem bastante. O clima é de descontração.

As crianças novamente invadem a reunião e participam da demonstração da camisinha feminina. As mulheres olham e prestam bastante atenção.

A reunião foi descontraída e em tom amistoso e coloquial. As pessoas iam chegando na reunião. Tinha 6 pessoas fixas, mas de repente me virei e tinha mais 5 mulheres de pé participando e colocando suas opiniões. A grande surpresa é que das 8 pessoas, 4 usavam de forma regular a camisinha. Elas falaram de forma entusiasmada da camisinha.

Pergunto às profissionais o que elas acharam da reunião. Elas falam que gostaram muito. Que o material realmente ajuda muito, puxa os assuntos, traz os assuntos à tona. Coisas que elas não falaram a cartilha traz".

Uma vez encerrada reunião, pergunto se alguém gostaria de conversar comigo e marcar um dia para isso. Duas se candidatam como voluntárias e já marcamos o dia da entrevista. Tento convencer Iara para ser entrevistada, já que ela foi uma das que se declararam totalmente contrárias ao uso da camisinha, mas ela diz que não quer conversar em "privado"

3.3.2.5.2 O processo de avaliação da cartilha através das entrevistas individuais - o processo de mudança cultural em Fabíola e Maria.

No dia combinado (cinco dias após a reunião), volto ao Beco para a entrevista. A menos de 2 metros de distância de onde eu me encontrava, assisto uma perseguição com tiroteio. Faço o relato dessa "vivência ", a partir das anotações que fiz no mesmo dia, logo após a entrevista:

"Chego no posto pelas 14h. Arrumo as coisas que vou precisar para a entrevista: roteiro, gravador, máquina fotográfica e peço emprestado um avental branco para facilitar minha identificação de longe, já que, nos dois últimos anos, tenho estado pouco no bairro. Uma colega me dá carona até a entrada do beco. Desço do carro. Vejo 3 homens na entrada do beco. Estranho, 'nesta hora do dia', penso. Dou um boa tarde formal e caminho na direção da casa de Fabíola. Um silêncio pesado ronda no ar. Um homem varre o beco recolhendo as folhas secas de uma árvore. Cumprimento-o com a cabeça. Não o conheço. Continuo. O caminho é estreito. Dobro à esquerda e sinto um silêncio além do normal. Chego na casa de Fabiola., que fica no braço esquerdo do beco (vindo do corredor central). No terreno tem 2 casas. Uma mais cumprida que ela aluga a um casal com o qual ela "não conversa". Em seguida vem a casa dela, que é de material, telhado de zinco, sem forro, sem vidro na janela da sala e somente com uma janela na cozinha. Não vi outras janelas na casa que tem mais 2 quartos escuros e sem ventilação. É tudo bem pequeno, mas tem 2 sofás, TV, som e um móvel grande na parede

que é ocupado por estes aparelhos. Na cozinha tem geladeira, fogão e uma mesa redonda com algumas cadeiras. Há também um enorme ar condicionado tipo "split" que não é utilizado porque não há carga de luz suficiente já que ela puxa luz da entrada do Beco. O ar condicionado, ainda na caixa, toma conta de quase todo o espaço da cozinha e da entrado do quarto. A casa tem cheiro de mofo e umidade... Do portão até a sua casa são mais ou menos três metros. Este espaço tem o tanque de lavar roupa, um varal e uma motoca para o filho pequeno brincar. O piso é todo de cimento, mas quebrado e com limo verde em vários lugares que denota um mau escoamento da água e permanência da umidade no local."

Foto 32. Casa de Fabíola

Foto 33. Casa de Fabíola

No portão da casa de Fabiola, faço um sinal para ela que eu cheguei. Ela me abana e me faz sinal para entrar. Entro na casa e falo: 'Oi Fabíola, como está tranqüilo hoje...'. 'Pois é', ela me responde. No exato momento de terminar a frase, ouvimos, ela primeiro: pá, pá, pá...!!!

'É tiro, é tiro...!!', grita ela e também o vizinho da frente, um preto velho com os olhos arregalados. (Eu meio que me jogo para dentro de casa...). Começo a ouvir uns passos rápidos e pesados no beco. Novamente gritam : 'é tiro, é tiro!!!!' Três homens descem correndo com uma arma na mão gritando: 'Corre, corre, vai ligeiro!!!' .(A criança que estava no pátio do preto velho é recolhida. Eu não sei onde eu fico...)

Pá, Pá, Pá!

‘Que é isso meu Deus?’

‘Mataram o Índio !! Mataram o meu Índio!!’, fala desesperada e chorando a vizinha de pátio de Fabíola e grita novamente pela janela da sua casa, sem roupa até a cintura: ‘mataram meu Índio, eu sei, eu sei, eu estava sonhando com ele e ouvi os tiros...!!!’

‘É o pessoal da Aldrovando[38]!! É o pessoal da Aldrovando!!’, grita outra vizinha.

‘Ai meu Deus, Ai meu Deus, vão matar todo mundo. Vão nos matar!!! É o pessoal da Aldrovando !!!’

Fabiola tremendo de cima abaixo, olhos marejados de lágrimas grita pra vizinha: ‘não, não é o Índio, não é o pessoal da Aldrovando. Eram..... e ..... que estavam de arma na mão. Não é o Índio.’

O preto velho me olha pela janela da sua casa apavorado, em pânico. Os olhos cada vez maiores.

Fabiola continua tremendo, treme as mãos, treme o corpo e me diz: ‘vou ter que fumar um cigarro doutora, não vai dar pra me segurar...’

Pá, pá . Ouvimos 2 tiros secos vindo lá de baixo.

‘Mataram ele!!! mataram ele!!!’, grita a vizinha..

‘Mas também porque ele desceu, por acaso não sabe que não tem mais saída neste beco lá por baixo?!!!!’, fala Fabiola.

Silêncio novamente. Um silêncio pesado que deve ter durado alguns segundos, mas que parecia não acabar mais. (Estou recuada no sofá da

sala, mas dá pra ver tudo de lá. O preto velho não tira os olhos de mim.) Silêncio que não acaba. Um vento sopra de leve e ouço o barulho das folhas das árvores...O silêncio parece tomar conta de tudo novamente. De repente, aqueles mesmos passos pesados e secos, mas mais devagar e subindo o beco. Os homens estão voltando. Um, dois, três,. Correm, mas não como antes.

'O que aconteceu?', pergunta Fabíola

(Mais um sobe correndo)

'Não foi nada', diz o homem que eu não vi descer.

'É briga entre eles. Se desentenderam e deram uma lição neles. Um susto neles.'

'Não é o pessoal da Aldrovando?'

'Não, é só briga entre eles.'

'Graças a Deus !!! Graças a Deus!! A gente não tem nada a ver com isto e leva um susto daqueles...'

(As pessoas saem da janela, abrem as portas, a vizinha ajeita o sutiã e fecha a janela. O preto velho abre a porta da casa, eu sento no sofá e Fabíola também.)

Ela começa a falar, falar, falar e dá uma tragada atrás da outra. '...por isso quero ir embora, não agüento mais aqui, poderia estar em Santa Catarina. Meu marido tem uma casa em Cricíuma, mas não consegue

[38] "O pessoal da Aldrovando" se refere à gangue rival "do pessoal da Viela". Essas duas gangues disputam o controle do tráfico de drogas na Vila Jardim. O nome das gangues está relacionado ao nome da rua onde eles traficam

transferência. Ele é cabo militar, mas não consegue transferência. Estou cansada...'

'Eu vi que tu ficou bem nervosa', falo para ela, que já tinha parado de tremer e terminava de fumar o cigarro.

'É que eu já levei tiro. Tiro de bala perdida, lá na Saturnino, na rótula. Eu estava na moto do meu primeiro marido, era de noite e uma bala entrou nas minhas costas e perfuro minhas tripas em seis lugares'. Ela levanta a blusa e me mostra uma enorme cicatriz que atravessa toda a barriga de cima para baixo. 'Fiquei três semanas no hospital', ela continua, 'não quero passar por isso de novo. E pensar que aqui é um lugar bom de se morar, não roubam, não matam, não estupram. Tu pode sair e deixar a tua casa aberta que nada acontece. A única coisa que tem é esse negócio do tráfico. Aqui no beco é só um que trafica. O ....., ele mora aqui do lado. É só ele, mais ninguém, e agora a polícia vai entrando e atirando e os bandidos também.' (...)"

Pergunto , meio constrangida, se vai ser possível fazer a entrevista. Ela diz que é prá ligar o gravador que assim "eu vou falando e me aliviando...." Sinto um mal-estar inicial por ter feito essa pergunta, mas no decorrer da entrevista percebo que a minha presença e o fato de estarmos conversando vai nos tranqüilizando."

É nesse contexto, então, que começamos a conversar, Fabíola (P1 no quadro geral) e eu. Ela me conta que é uma das moradoras mais antigas do beco ,já que *"sou nascida e criada aqui, há vinte oito anos"* .A mãe e a avó também

moravam no mesmo lugar. A avó morou 42 anos na casa onde ela atualmente mora. Ela fez algumas reformas, pois a família aumentou. Engravidou de sua primeira filha com 14 anos, teve uma segunda filha do seu primeiro casamento, com 21, e um terceiro filho aos 26 anos, com seu atual marido, que é soldado.

Ela nunca trabalhou, nem esporadicamente, e parou de estudar na 5ª série, quando engravidou da sua primeira filha. O seu dia-a-dia é em volta das lidas da casa: levar e buscar a filha de sete anos para um colégio próximo, ajudar a filha mais velha nos temas, fazer comida, lavar a roupa. Diz que o que mais gosta de fazer é se reunir com as amigas do beco, tomar chimarrão com elas e jogar conversa fora. Isso ela faz diariamente, das 9h30 até as 11h30, quando todas têm de voltar às suas casas para fazer o almoço, *"já que todos temos filho para levar para o colégio"* . E novamente à tarde, quando elas esperam o retorno das filhas e dos filhos. Em geral, fazem alguma "coisinha" para esperá-los, como um bolo ou um pão. Faça chuva ou faça sol, elas se reúnem. "*Quando tem sol, na minha área, quando chove, na área da Rosângela ou da Maria, mas na casa da Maria não dá porque os filhos são uns tinhoso, não deixam a gente conversar, assim a gente não convida muito ela..."* . As conversas giram em torno da falta de dinheiro, dos filhos, de alguma doença ou problema, mas "*a gente não fala sobre essas coisas da reunião, como de sexo, do corpo ,essas coisas a gente não fala".*

Um dos episódios que mais marcaram a vida de Fabíola foi quando uma bala perdida a atingiu nas costas, enquanto andava na carona da moto do seu primeiro marido. Aconteceu em 1992, quando ela tinha 17 anos e a filha mais velha, apenas 3 anos de idade. Esse fato foi relembrado imediatamente no momento do tiroteio do beco, como foi descrito anteriormente no texto.

A briga de gangues pela disputa do comércio de drogas faz parte do cotidiano de Fabíola. Ela tem medo de sair, ,já que há muitos casos de balas perdidas, e isso não tem hora para acontecer, como provou o incidente que presenciei no beco. Ir ao posto de saúde significa passar por uma rótula onde as gangues rivais se encontram (esquina da Nilo Peçanha com a rua Cananéia). No local, já aconteceram algumas mortes. Por isso, ela aproveita quando o marido está de folga para ir ao posto e marcar as consultas porque ele a leva de carro.

O carro “do marido” fica estacionado na entrada do beco, que de tão estreito, não permite a entrada de nenhum tipo de automóvel. Assim, todas as compras são descarregadas na entrada no beco e levadas com ajuda dos vizinhos até as casas. Agora, ela está ampliando a sua moradia, e todo o material tem que ser carregado, o que dificulta e torna a obra mais lenta.

Além disso, Fabíola relata que antigamente não tinha briga de gangues na Vila Jardim. Sempre houve uso de drogas no bairro, principalmente de maconha, mas de forma “escondida”. Depois que entrou a cocaína, “que dá muito dinheiro”, começaram os tiroteios, segundo ela.

Ela se sente ambivalente em morar no local, já que, ao mesmo tempo em que está ampliando a casa, pensa ir embora par Criciúma. Ao mesmo tempo em que tem muitas amigas e uma relação construída ao longo dos anos, não suporta a possibilidade e risco real de ser novamente atingida por uma bala perdida, assim como as freqüentes invasões da polícia no beco e no bairro como um todo são muito violentas, “*achando que todo mundo é igual, e tratando a gente que nem bandido”*.

Fabíola participa das reuniões chamadas pelo posto naquele local porque gosta. Gosta de aprender coisas novas e de conversar sobre coisas que não conversa normalmente com as amigas. Também porque assim sai um pouco da rotina da casa. Ela conta que a assistente social vai até a casa dela e pergunta se não poderia convidar algumas pessoas para fazer uma reunião ou elas pedem para a assistente social falar sobre determinado assunto. Em geral, é ela quem convida as vizinhas e, muitas vezes, as reuniões são feitas na casa dela, mas agora tem sido feito um rodízio nas diferentes casas. Quando tem mais gente que *"nem na última reunião e o dia está bonito, a gente faz embaixo da árvore, aí vem mais gente"* . Ela diz que fazer reunião no posto não dá certo porque o mulherio não vai até lá só para conversar. Por isso, as reuniões têm que ser feitas no beco.

Essas falas de Fabíola têm alguns aspectos que precisam ser destacados. O primeiro deles diz respeito às motivações que levam-na a participar das reuniões ou grupos de mulheres. Todas as mulheres que participaram dos grupos onde se avaliou a aplicabilidade do material, assim como aquelas que o construíram, deram os mesmos motivos para participar: gostar de se reunir, ser um momento de lazer e aprendizado e servir para fugir da rotina doméstica. Enfatizaram que as reuniões eram extremamente prazerosas e fontes de reflexão e aprendizado. Na N.S. Aparecida, em especial, duas das entrevistadas já tinham uma história importante de conquistas em relação às suas moradias e infra-estrutura do bairro. Por isso, participar das reuniões, além dos motivos já citados, significava dar continuidade a esse espírito participativo.

O outro aspecto que gostaria de destacar é que, no SSC, a maioria dos grupos educativos é realizada nas casas dos moradores. Ou seja, os profissionais

e a população organizam juntos as reuniões dos mais diversos assuntos nos locais onde as pessoas moram. Durante esses anos todos, foi observado que as populações mais vulneráveis não procuram o posto de saúde, mesmo elas tendo fácil acesso. Essa dificuldade é muitas vezes superada utilizando uma abordagem compreensiva-reflexiva da população em seu próprio local de moradia. Equivale aos profissionais tentarem entender porque a população não procura o posto a partir dos valores locais, bem como os moradores entenderem porque, por exemplo, é importante as mulheres fazerem o seu preventivo de câncer de colo de útero. A nossa tentativa de compreensão do outro faz com que ele também tente nos compreender, estabelecendo assim um diálogo entre as partes. Por isso, de forma geral, as famílias e pessoas vulneráveis são abordadas a partir do cotidiano da população, não simplesmente batendo na porta e dizendo que o seu preventivo está atrasado ou que tem que fazer pré-natal. A prática aqui proposta é difícil, visto que vai nos mostrar, muitas vezes, uma realidade sequer imaginada por nós, principalmente quanto às dificuldades que essa população enfrenta nos seus mais diversos afazeres.

Quando pergunto a Fabíola sobre o que lembra da reunião de que participou, ela diz que há duas falas que chamaram a sua atenção. A primeira, que ela gostou e achou engraçada, foi a figura que se olha no espelho. Ela, sempre que lê o material, acha engraçada essa fala e não sabe explicar por quê. Acha engraçada e gosta muito porque chama a atenção para as mulheres se olharem de uma forma direta e "*não muito teórico ,vai direto ao assunto".* Porém, o quadro que mais provoca conflitos em sua leitura e vivência do material é aquele em que

a mulher pede para o marido usar a camisinha, e ele diz que ela está aprontando, que tem outro.

Figura 2. Ele vai achar que estou aprontando. Fonte: “Conversa Franca” p.7

Fabíola não se reconhece no quadro, já que está longe da sua vivência em relação ao uso do preservativo. Vejamos como isso se deu.

Fabíola conheceu seu atual marido, G., há seis anos e, desde o início do seu relacionamento, o uso do preservativo foi feito com naturalidade. No dia em que transou pela primeira vez com ele, os dois estavam com a camisinha na mão. Não houve conflito, *“foi natural, porque sem camisinha eu não faço, não dou, porque aprendi muito com o meu primeiro marido”.*

Quando conheceu G., ela estava separada havia um ano. Com o primeiro marido, nunca tocou no assunto. Porém, no decorrer do relacionamento que durou sete anos (a separação aconteceu quando a segunda filha tinha três meses), descobriu que ele era “mulherengo”. Soube que ele tinha várias mulheres ao

mesmo tempo, sem que ela suspeitasse de nada, a não ser no último relacionamento, que motivou a separação. Quando soube dos inúmeros relacionamentos que ele tivera, Fabíola ficou muito assustada. A primeira atitude foi fazer uma revisão ginecológica completa e solicitar um exame anti-HIV, cujo resultado foi negativo . Repetiu-o seis a sete meses depois e, outra vez, antes de iniciar o seu relacionamento sexual com o seu companheiro atual, que fez a mesma coisa. Ela conta que se sentiu muito mal porque ficou com medo de ter pego AIDS. Ficou um pouco mais tranqüila depois do segundo exame, mas, principalmente, após a conversa que teve com o primeiro marido, muito tempo depois, em que ele garantiu que havia tido, sim, muitas mulheres, mas com todas ele havia usado a camisinha porque "*ele sabia que eu era a mãe das filhas dele, assim, ele me respeitava...mas comigo essa conversa não melhorou...mesmo assim fiz exame de tudo quanto jeito".*

Diante da experiência de infidelidade masculina – tão comum no meio dessas mulheres e, por isso, retratada na cartilha –, Fabíola decidiu usar camisinha em todos os relacionamentos que viesse a ter. O primeiro e único, desde então, foi com seu atual companheiro. Somente no momento em que decidiram ter um filho, eles deixaram de usar preservativo. Durante dois meses, não usaram, mas imediatamente após confirmada a gravidez, voltaram a utilizá-lo. Ela diz que, mesmo assim, no "quartel" é exigido o teste anti-HIV para o marido. Nessas ocasiões, ela também o realiza. Além disso, procura as camisinhas no posto, ou o marido traz do quartel. "*Se não tem, não faço.*"

Um aspecto sobre o qual o casal conversou depois da reunião diz respeito à necessidade de usar a camisinha "no aquecimento", ou seja, antes da

penetração. Ela comenta que isso, para eles, não estava claro, mas agora compreendeu que também é possível a transmissão do HIV e outras infecções com o líquido “antes dele gozar”. Conta que foi uma conversa tranqüila e que ele pediu para ler a cartilha, mas não fez comentários a respeito.

Ela conta que “adora” usar a camisinha por vários aspectos, como vemos na fala a seguir:

> *“eu sou muito esquecida , esqueço do anticoncepcional, apesar que é bom tomar o anticoncepcional também e usar a camisinha, né, por causa, vai que fure, alguma coisa também não fica suja, aí tudo é melhor, eu não acho diferença de usar e não usar, sem camisinha eu sinto a mesma coisa com camisinha, então eu prefiro a camisinha.”*

Com sua experiência de vida, Fabíola tem dificuldade de compreender porque as mulheres não conseguem falar com o marido sobre o uso da camisinha. Ela opina que as mulheres confiam muito no marido, que ela fez isto no seu primeiro casamento - acreditava cegamente nele – e agora “*confia desconfiando”*, como mostram as palavras a seguir:

> *“elas confiam muito no marido (risos), acham que o homem é só delas, então eu acho que é isso, eu confiava no meu primeiro marido, mas com este agora eu confio desconfiando (risos)... Não, eu confio nele, mas a gente tem que usar a camisinha... porque ele tendo alguém ou não, eu uso a camisinha... Eu acho até mais divertido, porque tu vai coloca, eu gosto de camisinha, eu falo isso paras gurias, as gurias dão risadinha, mas eu gosto,*

me acostumei bem, e quando não tem, não tem, mas é difícil não ter, sempre pego no posto ou ele traz do quartel".

No relato de Fabíola, posso ver claramente a importância que tem o aprendizado prático, com a vida, para as pessoas, em geral, e para ela, em particular, no que se refere ao uso da camisinha e à prevenção as ISTs/HIV/AIDS. Isso será discutido mais adiante a partir da vivência de Iara.

Nas falas de Fabíola, gostaria de discutir alguns aspectos referentes ao processo de mudança cultural em curso no que se refere ao uso do preservativo, mas antes gostaria de apresentar a minha conversa com Maria.

Após a entrevista com Fabíola, ela me leva até a saída do beco. Aqueles homens que eu tinha visto antes não estão mais. Me dirijo ao posto com uma ansiedade para contar o que tinha vivenciado. Chego no posto e conto três vezes esta história e vou ficando com uma dor no pescoço, ombros e braços. Parece que tenho um peso no corpo. Chego em casa por volta das 18 horas, moída. Me dói todo o corpo (me lembro da frase de Clarice Lispector que diz que a mulher reage com o corpo, sentindo o corpo....)

A entrevista com Maria (P4 no quadro geral) aconteceu alguns dias depois da conversa com Fabiola.

Chego na casa de Maria no horário combinado, e ela está terminando de lavar roupa. A sua casa é completamente diferente das outras, onde moram as

demais entrevistadas do Beco. Uma limpeza em todos os recantos chama a atenção, assim como o capricho na pintura do muro (construído para ela se proteger das balas perdidas) e da própria casa. Entro. A sala é relativamente grande e, no meio, tem uma mesa com seis cadeiras. Em volta da mesa, está o sofá, geladeira, microondas, televisão (sempre ligada), liquidificador, tudo organizado em estantes de cozinha. Tudo parece recém comprado, recém saído das caixas, como ela diz, mas, na verdade, tudo é fruto de alguns anos de trabalho.

Contrastando com a organização e disposição dos móveis da casa, os filhos de Iara são de uma agitação impressionante. O menino de quatro anos sobe na cadeira, sobe na mesa, se atira no chão, pula no sofá, se joga na cama do outro quarto, liga uma outra TV num volume altíssimo, volta, mexe no gravador, quer ouvir a entrevista, pula de novo na mesa, pula para a estante, tudo isso em uma seqüência rápida, em questão de poucos minutos. Olho o menino atordoada, e Maria já vai dizendo: “ele é assim, agora está melhor, ele tem ‘disritmia’, está fazendo tratamento, mas ele é terrível, não para quieto, nem quando dorme...!” Ela, então, chama o marido, que está de folga, para ficar um pouco com o menino e podermos conversar.

Maria mora, há sete anos, no Beco e há 14 anos em Porto Alegre. Ela é natural de Rio Grande-RS e veio com o seu pai e com um filho de um ano. Moraram inicialmente na rua Ipê, no mesmo bairro. Conta que, como o aluguel começou a pesar no orçamento doméstico, ofereceram a casa onde ela mora atualmente. Nunca gostou de morar no Beco, já que a maioria reclama que os seus filhos são muito agitados e brigam muito com as outras crianças, o que vem

provocando inimizades com os moradores. Refere-se a Fabíola, A . e Isabel como as pessoas com quem consegue conversar. Relata também que, até o final do ano, estaria de mudança para uma cidade do interior, pois a violência, representada pelas balas perdidas e o tráfico de drogas, assustam-na e considera o Beco uma ambiente “ruim” para criar os filhos, principalmente aquele que tem 15 anos. A sua ida para o interior do Rio Grande do Sul está sendo mediada pelo pai e por um irmão (jogador de futebol), que já moram em Arroio do Meio há algum tempo. O marido de Maria é pintor e não teria problemas em encontrar emprego, segundo ela.

O dia-a-dia de Maria se divide entre organizar a casa, lavar roupas, cozinhar, levar a filha para a escola e fazer faxinas, duas vezes por semana. Comenta que o que mais gosta de fazer é cozinhar doces, bolos. Isso ela faz bem seguido. Também gosta de participar das reuniões com o “pessoal do posto”, que acontecem no beco e participa das reuniões porque gosta, sempre se interessou por saber coisas relacionadas com a saúde. Utiliza esses conhecimentos principalmente para conversar com os filhos e a filha, o que ela costuma fazer com freqüência, e nisso as conversas com os profissionais da Unidade de Saúde têm sido fundamentais, como mostra a fala a seguir: *“Eu gosto de aprender, ficar informada, lidar comas doenças, explicar ,já começa desde pequenininho explicando as coisas, sobre até drogas, tem que explicar, eu gosto de saber...”*

Sobre a reunião, Maria comenta que o que mais lembra é da discussão sobre o uso da camisinha e das conversas sobre a AIDS. O assunto a preocupa porque o irmão mais velho, que mora no beco, está “ajuntado” com A., que, todo mundo sabe, tem AIDS.

Ela conta que, nas reuniões, ela não tem conseguido falar muito sobre isso porque A. está sempre presente, deixando-a constrangida para tocar no assunto. Porém, Maria está muito preocupada, pois, pelas informações que teve, o irmão não usa camisinha porque, segundo ele, " não vai pegar". Ela comenta que não entende o irmão, assim como não consegue compreender como uma outra amiga, a Francielle (que mora em uma rua próxima, a Marajó), está junto com o filho de Iara. Todo mundo sabe que ele também tem AIDS, mas segundo Maria, Francielle não quer acreditar. Maria já falou várias vezes com a amiga, "comendo o mingau pelas beiradas", alertando-a, orientando-a para usar camisinha, mas a amiga insiste em não usar. Ela está muito preocupada, porque a Francielle tem 4 filhos pequenos "para criar", mas nunca falou diretamente com a amiga dizendo "olha, esse fulano tem AIDS". Afinal, ela não tem certeza absoluta de que ele tenha, já que nunca viu um exame dele. O pessoal no Beco fala, mas também ninguém tem certeza a ponto de poder falar diretamente com a amiga.

Já o caso da A., todo mundo sabe, e não é fofoca, porque quando A. foi internada com tuberculose, a mãe da mesma saiu gritando e chorando pelo Beco :*"a minha filha tem AIDS, que desgraça, a minha filha tem AIDS"*. Aí, ficou público. Entretanto, mesmo todos os moradores do Beco tendo certeza sobre a soropositividade de A., ninguém fala com ela sobre o problema, porque, segundo várias moradoras do Beco, "ela não quer tocar no assunto".

Está muito difundido na literatura que, na percepção das mulheres, a AIDS seria a "doença do outro, distante, e por isso, não me cuido" ou uma "doença que seria adquirida legitimamente como esposa e não como os outros (múltiplas parcerias, homossexuais e usuários de drogas), que procuraram o HIV" (Knauth,

1997). Essa percepção estaria relacionada com as campanhas e atividades educativas dirigidas aos “grupos de risco”, o que estigmatizou a epidemia, ao mesmo tempo em que as populações vulneráveis não se reconheceriam como tais. Não observei isso. Em nenhum grupos e em nenhuma entrevista individual, as mulheres se colocam distante da epidemia. Todas elas pensam que podem se contaminar, mesmo usando o preservativo. Também colocam que conhecem pessoas com HIV ou com AIDS. Das onze moradoras entrevistadas, somente uma (Iara), negou conhecer alguém que seja portador/a do HIV/AIDS, mas ouviu que talvez A. fosse HIV+, que realmente é HIV positiva.

Desse total de onze mulheres, cinco tinham parentes ou amigos muito próximos contaminados. Mais três delas já tinham entrado em contato com pessoas HIV+. Ou seja, a maioria delas tinha um contato cotidiano com a doença, o que fazia com que, em maior ou menor grau, se percebessem vulneráveis e tivessem uma maior compreensão do problema.

O fato de ver a AIDS como um problema do outro e distante também mudou em um estudo posterior, realizado por Victora & Knauth (2000:93), em que elas realizam uma pesquisa qualitativa comparativa entre quatro bairros de Porto Alegre. Observam que, conforme a prevalência do HIV nesses contextos, muda o “outro” portador do HIV, a ponto desse outro se tornar familiar, não mais distante ou sem relação com as moradoras do bairro. Também observei esse aspecto, como já falei, em meu estudo. Nele, a grande maioria das entrevistadas tinha contato familiar ou de amigos próximos com o HIV.

Maria fala a esse respeito:

“porque a doença evoluiu, está aparecendo, as pessoas vêem aqui mesmo como tá a situação, na Vila,(...) por isso que eu digo a gente tem um risco, uma acidente, por isso eu não posso dizer que não vou pegar, por isso cada vez mais tem que falar sobre isso aí, tem as gerações que estão vindo aí...” (Maria, 3...anos, faxineira, Vila Jardim)

Através dessa fala, Maria reforça o uso que ela faz do preservativo há quatro anos. Os motivos que levaram ao uso do preservativo são diferentes dos apontados por Fabíola, que relatou sua experiência de infidelidade com o primeiro marido e o medo de “pegar doenças” como motivos principais para usá-lo. Maria conta que começou a usar o preservativo depois que se separou do primeiro marido quando teve alguns namorados eventuais. Com o atual companheiro, com quem está casada há 8 anos, há quatro, usa o preservativo. Os motivos foram dois. O primeiro deles, foi que ela engravidou várias vezes seguidas e, conseqüentemente, começou a ter muitos filhos (três em seis anos). Sempre se esquecia de tomar o anticoncepcional oral, que provocava-lhe enjôos e mal-estar. Ela e o marido, então, decidiram usar a camisinha, mas usavam de forma eventual, associada ainda ao uso do anticoncepcional. Mas, há quatro anos, ela teve uma “ferida no útero” (lesão pré-cancerosa), provavelmente por causa do papiloma vírus (HPV), que é transmitido sexualmente. Nessa ocasião, conversaram demoradamente, já que sabiam que o vírus HPV, causador do problema, era transmitido sexualmente. Ela comenta que ficou bastante preocupada quando falaram para ela que “a ferida que tinha no útero poderia evoluir para um câncer” . Assim, ambos decidiram usar sempre o preservativo.

Maria diz que se sente bem com o mesmo, já que se sente protegida, e que ele também tem esse sentimento. Acha que é melhor porque assim: se ele tiver “alguma coisa na rua”, já vai estar acostumado a usar, não descartando a possibilidade de outras parcerias por parte do companheiro.

Chamou-lhe a atenção o quadro da cartilha, onde o homem não quer falar sobre usar camisinha – o mesmo que chamou a atenção de Fabíola. Entretanto, ao contrário de Fabíola, ela compreende e entende que há mulheres com dificuldade de falar, ,já que às vezes o marido se mostra inflexível. Relata ela que isso é mais comum em homens mais velhos. No entanto, acredita que com jeito e “comendo o mingau pelas beiradas” se consegue conversar, já que foi essa a estratégia utilizada por ela na conversa com o seu marido. No início, a conversa foi difícil, pois havia o agravante dela estar com o papiloma vírus (que, no seu caso, já tinha provocado lesões pré-cancerosas), o que determinava uma ação de proteção quase inevitável.

Assim pelas falas de Maria e de Fabíola, elas conseguiram conversar e usar o preservativo com seus companheiros de forma a construírem um consenso. Este se construiu de forma intersubjetiva, levando em consideração os tempos diferentes de cada um e foi motivado por experiências práticas que implicavam uma mudança cultural no casal quanto aos aspectos contraceptivos e de sexo seguro. Notamos aqui, e também observei nas mulheres do cortiço do ITÚ, que a camisinha ser utilizada como método anticonceptivo é um forte argumento que possibilita o seu uso sem entrar no terreno espinhoso da infidelidade/fidelidade no relacionamento. Mesmo assim, Fabíola e Maria fizeram questão de também falar sobre esse aspecto. Fabíola, porque vivenciou no relacionamento anterior o fato

do marido ter vários outros relacionamentos sexuais durante o casamento. Maria, porque entende que o seu marido pode ter outros relacionamentos sexuais fora do casamento, e, por isso, o casal tem que se proteger .

Ambas concordam que o maior problema entre os casais é não conversar sobre o tema, “tapar o sol com a peneira”. Acreditam que isso pode ser resolvido com paciência e insistência, mas que, de forma geral, não falar sobre determinados assuntos vem da “criação”, já que, nas suas famílias de origem, não se falava sobre assuntos como sexualidade, corpo, gravidez. Elas gostam de conversar com o marido sobre essas coisas, mas, geralmente, eles ficam quietos, apenas ouvem.

Rosi, 24 anos, negra, comerciária, que mora em outro beco e que leu a cartilha de forma individual, também refere que é possível conversar com o marido, mas é necessário ter jeito. Rosi também passou por uma experiência de infidelidade com seu primeiro marido e, em conseqüência, teve uma infecção pélvica severa, tendo que ser hospitalizada. Depois do episódio, o marido reconheceu a infidelidade e passaram a usar o preservativo. Meses depois, eles se separaram. A experiência marcou profundamente a vida de Rosi, que a partir desse episódio, passou a sempre usar preservativo, já que *“nunca mais queria passar por isso..”.*

Todas essas experiências acarretaram mudanças na visão do cotidano dessas mulheres e casais. Essas mudanças, culturais, fizeram com que elas se sentissem mais seguras quanto à sua saúde e mais independentes em relação a suas possibilidades de concretizar alguns desejos e superar o silêncio através de tentativas concretas de diálogo entre os casais e filhos.

Constroem, assim, novos horizontes culturais que favorecem relacionamentos menos hierárquicos, com poderes mais compartilhados e sustentados no diálogo. O esforço, o sofrimento e as perdas são grandes quando percebem que os valores relacionados ao corpo, à sexualidade e à reprodução, transmitidos pelas suas mães e avós, assim como pelos meios de comunicação e instituições, já não têm validade subjetiva e intersubjetiva para praticarem um sexo seguro e planejarem os filhos desejados. Isso permite vislumbrar possibilidades de mudança rumo a uma melhoria na qualidade de vida de todos os envolvidos.

Posso dizer que as relações pessoais e, portanto, coletivas passam por um processo micropolítico de mudanças que implicará em mudanças graduais de contexto na esfera cultural, social e subjetiva. Já vislumbramos as mudanças nas esferas subjetivas e culturais, e como essa estrada está sendo trilhada, apesar de todas as dificuldades sociais impostas pelas instituições que perpetuam valores culturais em reconstrução e pela estrutura do sistema econômico e de poder, que exclui grande parte da população do acesso a serviços de saúde e educação.

Assim, posso dizer que o mundo da vida de Fabíola e Maria está em processo de mudança a partir da participação ativa delas no seu mundo cotidiano. Tais mudanças sustentam as mudanças sociais e possibilitam a descolonização cultural e subjetiva do mundo da vida particular e intersubjetiva, de que cada uma faz parte. E isso acontece apesar de todas as dificuldades por elas enfrentadas, que aumentam a sua vulnerabilidade em relação ao HIV/AIDS – a baixa escolaridade e a baixa renda. São aspectos sociais que interferem de forma substancial no seu cotidiano, mas que não anulam o desejo, a esperança e a sua vontade de ser-mais.

Assim, um processo grupal dialógico, auxiliado por um material educativo, neste caso, a cartilha “Conversa Franca”, propicia a construção de possibilidades de mudança a partir da reflexão sobre a experiência prática das suas participantes.

3.3.2.3.4 – O processo de avaliação das cartilhas a partir das entrevistas individuais - O mundo de Iara e o seu não reconhecimento na cartilha

Iara (P6 no quadro geral) nos conta uma outra experiência de vida, tendo em comum com Fabíola apenas o fato de morar no Beco desde que nasceu (no seu caso, há 48 anos, quase o dobro do tempo de Fabíola).

Chego na casa de Iara de surpresa, pela manhã ,já que ela não tinha se disposto a conversar comigo depois da reunião. Porém, eu achei que seria importante tal conversa porque ela tinha um posicionamento diferente da maioria do grupo: era a que tinha mais idade, analfabeta e, durante toda a reunião, não havia se reconhecido nas falas do grupo em relação ao uso do preservativo. Iara, durante todo o encontro grupal, dizia que nunca usaria, que não e pronto, que não fazia parte do “sistema” dela, camisinha não era para ela. Depois da reunião, convidei-a para participar da entrevista e ela desconversou.

Quando chego perto da casa dela, fico pensando em qual vai ser a reação dela ao me ver de novo, insistindo para conversar e gravar uma entrevista.

A casa de Iara é um amontoado de madeiras e papelão. Madeiras velhas, carcomidas pelo tempo, irregulares, sem pintura, aquela cor escura da madeira

cuja tinta foi se indo com o passar do tempo ou porque foi muito usada até se tornar a parede da casa dela. O portão, também feito de restos de material de construção mostra que, há muito tempo, não foram feitos os reparos necessários exigidos pelo tempo.

Há um cheiro de esgoto e água suja do tanque de roupas e louças. Olho e vejo água escorrendo no meio do meu tênis, que tenta se equilibrar entre as pedras que circundam este “riacho” de periferia urbano. Observo através das madeiras que todo o pequeno pátio é atravessado por esse “ralo” a céu aberto, onde os diferentes líquidos e fluidos se misturam.

Há dois cachorros que começam a latir. Um preto, que me provoca medo, e um branco, desnutrido, cheio de sarna, que só me olha com seus olhos negros. Uma galinha pula e vai até a cerca provocando surpresa devido ao inusitado da sua presença.

Iara aparece e ri. Eu explico a minha presença e brinco que queria perguntar mais uma vez se ela não gostaria de ser entrevistada. Ela ri e diz que não tem problema. “Pode entrar doutora, mas não repare, é casa de pobre...” Atravesso o pátio e vejo nos fundos dele um “puxado de material” onde, depois sei, mora o único filho de Iara. Acompanho-a por uns dois metros, e entramos “pelos fundos” da casa, que é um puxado, de chão batido, com telhas e madeiras, com restos de lixo, latas com comida para os cachorros e um varal onde tem três peças de roupa estendidas. Roupas surradas, quase sem cor: um moletom, uma camisa e uma calça. Esse cômodo é baixo, eu tenho que me curvar para andar. Logo, em seguida, há dois degraus que levam para a sala e a cozinha da casa.

Tudo parece ter sido recém varrido, mas o aspecto é desolador pela precariedade e pobreza que demonstram: um sofá, que serve de cama, surrado, cheio de buracos, com as molas à mostra; um fogão enferrujado, sem a porta do forno, e somente com uma boca funcionando. Uma estante vazia, sem vidros, sem TV e um pequeno rádio-relógio, que está ligado na rádio Farroupilha e do lado, colorida, a cartilha "Conversa Franca". Fico emocionada ao ver a cartilha, cuidadosamente colocada na estante, já que cheguei de improviso, sem marcar nada, e ela estava ali, quase 15 dias depois da reunião, como se fosse uma coisa importante...

A casa não tem vidros, somente venezianas de madeira, por isso, fica escuro, pois está chuviscando, e Iara precisa fechá-las. Uma tênue luz vinda de um único "bico" de luz ilumina o local. Olho para onde eu poderia sentar, já que naquele sofá me parece impossível. Ela percebe minha indecisão e puxa a única cadeira que tem na casa, e me oferece, não sem antes passar um pano para limpá-la*: Senta doutora , tá limpinha*... Emociono-me, novamente, com esse gesto, tantas vezes por mim vivenciado nas visitas que fiz no bairro e, agora, repetido por Iara. A cadeira com o assento rasgado insiste em perder o equilíbrio durante toda a entrevista já que uma das pernas enferrujadas estava quase caindo,

E tu vais sentar aonde?

Aqui mesmo no sofá, aqui ... (e senta no braço do sofá).

Olho para a mesa que ocupa quase toda a área onde estamos, e que tem uma cesta com 3 bananas, 2 batatas, uma xícara de arroz e um pacote de café.

Ela me conta o seu dia-a-dia: fica fazendo as lidas da casa, varre, lava a roupa, faz a comida para ela e o marido. O filho, que já tem 23 anos, é por conta

dele. Assim, na verdade ela toma conta dela e do seu marido, se “dedica” ao marido como ela diz. Ou seja, “cuida das suas obrigações quando ele merece”.

Ela fica sozinha em casa porque o marido trabalha como carpinteiro em obras. Ela só sai de casa para caminhar e pegar umas latinhas para vender. Latas de refrigerante e cerveja que ela vai juntando e amassando e, logo depois, vende no mercado da esquina, que revende para as usinas de reciclagem:

> *“É dá um dinheirinho, às vezes faço 4 pila, depende né, Margarita, depende, no ano passado eu fiz uns 15 , mas daí eu ajuntei uns 3 sacos de lata, aí deu um dinheirinho bom, mas caso contrário eu não guardo muito, porque geralmente está sempre faltando uma coisa... Aí eu arrumo um dinheirinho e compro o que falta: um café, um arroz , um azeite, um real de guisadinho... tudo ajuda, porque às vezes ele não tem serviço...”*

Na semana da entrevista, Iara tinha catado latas de alumínio novamente porque o marido estava há uma semana sem trabalhar, pois estava “puxando nervinho da perna” (dor ciática ou lombociatalgia)

O marido de Iara, que tem a mesma idade dela, nunca trabalhou com carteira assinada, nunca teve emprego fixo, “só faz biscates”, nunca ganhou mais de um salário mínimo no mês e recentemente fez a sua certidão de nascimento, mas por enquanto não tem carteira de identidade ou qualquer outro documento que não seja o “registro” (certidão de nascimento). Iara fala com orgulho que tem registro e identidade, que “tirou faz pouco tempo”.

O marido freqüentemente fica longos períodos sem trabalhar, e a pior época foi quando ele teve um acidente no trabalho e ficou com as duas pernas engessadas, sem poder trabalhar por meses a fio.

Ela se lembra desse período, em que ela e os filhos pequenos passaram fome, como uns dos mais difíceis e tristes da sua vida quando só comia água e banana. Banana de manhã até a noite. A comida das crianças era conseguida graças à ajuda de uma comadre, que trazia:

> *"um meio quilo de arroz, meio quilo de feijão, o leite. Assim meus neguinhos paravam de chorar. A minha comadre me ajudou. Mas se fosse hoje, ela não teria como, porque agora é tudo de quilo, né um quilo de arroz, um quilo de feijão, tem que ter para comprar....o leite também tá muito caro... eu tinha que me agüentar, ficava com a barriga lá no espinhaço, chegava uma hora que nem tomar água dava mais,....por isso fico feliz hoje quando meu filho diz " ah hoje vou comer isso, não passam mais por isso..."*

Um outro momento dramático na vida de Iara foi quando o filho mais velho, com 26 anos, foi assassinado, dois anos atrás, numa briga de gangues. Ela relata esta situação:

> *"ele morreu lá em cima da Viela. Ele chegou a baixar hospital, ficou seis dias em coma, ainda consegui falar com ele. Ele tava nesse negócio do tráfico. E tu sabe que esse negócio de tráfico é quem pode mais chora*

menos, eu não era, meus filhos foram, o que eu posso dizer...Foi uma rixa, dos contras, ele levou 10 tiros no corpo, tomou 10 rajadas no corpo. O corpo dele estava todo furado ..."

Como foi colocado anteriormente, Iara mora há 48 anos no local. Ela conta que morar no beco e na sua casa "é o céu", "que não sai por nada deste mundo daqui". Ela conhece todos os vizinhos, o local é central, tem ônibus para todos os bairros e também é possível ir a pé a vários pontos da cidade.

Ela acha o beco tranqüilo e, em relação à violência, diz que às vezes fica com medo, principalmente à noite, quando tudo fica muito escuro porque não há iluminação pública no local. Ela acredita que tem outras vilas muito piores como a Matias Velho, em Canoas, onde "o tiroteio é direto e fica longe de tudo".

Segundo ela, apesar de morar toda a vida no local, tem poucas amizades e confia somente na Fabíola e na Maria, já que as "outras" fazem muita fofoca, não respeitam os outros. Refere que não faz parte da "roda de chimarrão" do beco por isso. Também só participa das reuniões quando os profissionais de saúde fazem parte do grupo ou quando são na rua ou na casa da Fabiola. Nas outras, para não se envolver em fofocas, ela não vai. As fofocas a que Iara se refere estão diretamente ligadas ao alcoolismo que a acompanha desde os 12 anos, do qual falarei mais tarde.

O outro filho de Iara, que mora nos fundos do terreno tem 24 anos , casado, sem filhos e trabalha em biscates "com o pai". Segundo Iara, nunca faltou comida para ele, que sempre se virou. O rapaz é apontado no beco como portador do vírus do HIV, já estando com AIDS e, atualmente, fazendo tratamento para

tuberculose, de forma irregular. Ele fazia uso de drogas injetáveis e, pelo que consta, agora não tem usado, fato que é atribuído, pela vizinhança, ao seu relacionamento com F., amiga de Maria e que, segundo esta, ela não estaria usando camisinha, porque “não acredita que ele tenha AIDS”.

O filho de Iara tem sido procurado várias vezes por pessoas do posto para ver como está a sua situação e seu tratamento para tuberculose. Porém, ele tem se negado a conversar com os profissionais. “Ele nem abre a porta”, segundo vários funcionários do posto.

Pelas outras duas entrevistadas, o rapaz é apontado como um dos dois portadores do vírus no beco. A outra seria a vizinha de Fabíola que, atualmente, está namorando com o irmão de Maria, que é quem trafica drogas no Beco.

O fato de o filho de Iara ser portador do vírus do HIV é desconhecido por Iara, dado confirmado pelos profissionais do posto e pela própria vizinhança, que afirmam que a mãe desconhece que o filho está infectado “achando que só tem tuberculose” .

Iara afirma que a única portadora que conhece é A. Afirma também não se interessar por isso, já que tem outras coisas mais importantes para resolver, como por exemplo, a sua briga com o seu marido que, como veremos a seguir, aumentam ainda mais a sua vulnerabilidade em relação ao HIV .

Iara conheceu seu marido com dezesseis anos e foi, segundo ela, amor à primeira vista, uma paixão. Conheceu-o no bairro. Ele morava em uma rua próxima. Eles se deram bem desde o primeiro momento, mas depois as coisas foram se complicando, já que ele tem um “defeito”: *“ele é mulherengo, Margarita, e parece que com a idade está cada vez pior”.*

Durante todos os anos de convivência conjugal, o marido de Iara teve muitas parceiras. Ela vivenciou muitas dessas “aventuras” com muito sofrimento, choro e mágoa, mas sempre queria ficar com ele. Lembrava-se dos bons momentos juntos, e isso fazia com que ela “perdoasse” o marido, e o casal se reconciliasse e voltasse a viver a dois.

No entanto, Iara está em conflito há vários meses. Nos últimos seis anos, o marido de Iara tem uma outra companheira fixa além dela, inclusive tendo uma filha de 5 anos deste outro relacionamento, e tem se dividido entre as duas casas. Segundo Iara, ele não deixa faltar nada em casa, mas exige carinho, sexo e compreensão em retribuição. De qualquer forma, ela se sente desrespeitada quando o marido a procura somente quando necessita de ajuda, quando as coisas estão “ruins”, como por exemplo, na semana anterior, em que ele ficou doente e Iara foi quem o levou para o hospital, acompanhou durante os exames e conseguiu a medicação. Outro exemplo: quando ele sofreu queimaduras por água quente nos braços e nas mãos, após uma briga com a sua “segunda“ esposa, foi Iara quem o ajudou.

Iara está confusa e acha que vai ter que dar um basta na situação e se separar dele já que “cansou de ser bobona”, como coloca na fala a seguir:

“eu era boba assim, que ele podia fazer as coisas na minha cara que eu tinha que aceitar e agora eu não aceito entendeu...., se eu achar que ele tiver errado então se ele tiver que passar com uma mulher na minha frente, eu não aceito, quer dizer quando eu era bobinha podia passar que eu nem aí ...ele sabia que eu era apaixonada por ele mesmo, quer dizer, que eu ficava nos cantinhos,

não comia, ficava chorando pelos cantos bobalhona, agora não, agora ó quando ele disser assim : 'eu vou!', ' Eu te ajudo até arrumar as trouxa, pode ir...' "

Tal mudança na visão de Iara sobre a sua relação com o seu companheiro se deve principalmente a que ela percebe que pode se sustentar sozinha catando latas vazias e fios de cobre de telefone, além de também, em qualquer aperto, poder contar com a ajuda do filho. Ou seja, economicamente ela não depende tanto do marido como há alguns anos, principalmente quando os filhos eram pequenos.

O sofrimento por ela vivenciado durante todos esses anos se demonstra em uma depressão, diminuição da convivência social e alcoolismo (agora, há um ano, ela vem conseguindo se manter em abstinência "graças à ajuda do postinho"). Todo esse processo parece estar melhorando a auto-estima de Iara e se direcionando para sua autonomia em relação ao companheiro. Entretanto, as dificuldades ou barreiras que devem ser ainda superadas para diminuir a sua vulnerabilidade, especificamente em relação à AIDS, se referem aos condicionantes de gênero. Estes, em parte, já foram superados, principalmente aqueles relacionados à questão de "prescindir" de um provedor econômico que a sustente, mas ela ainda vivencia uma dependência afetiva em relação ao seu companheiro que impossibilitam, por exemplo, que ela negocie o uso da camisinha nas suas relações sexuais.

Iara sabe que o seu companheiro tem outras parceiras, e que isso a torna vulnerável ao HIV/AIDS, pelo menos teoricamente, pois ela suspeita que ele use preservativo com as outras companheiras, afinal, ela nunca teve nenhuma IST. Disso ela tem certeza, pois faz seus "exames por baixo" regularmente na UDP.

Em relação à companheira atual de seu marido, Iara acha que ele não usa preservativo já que tiveram uma filha. Esse complexo enredo de múltiplas parcerias, que provavelmente se manifestaria através de uma IST em Iara, nos faz pensar que a sua suposição sobre ele usar preservativo nas outras relações, talvez seja verdadeira.

Porque, então, mesmo sabendo que ele tem outras parceiras e questionando atualmente seu relacionamento, ela não usa o preservativo nas suas relações sexuais?

> *"Não, não uso, e não vou usar, porque ele não quer. Ele não gosta. Não, eu não esquento a cabeça, porque se eu tivesse alguma coisa por baixo, acho que eu já saberia, porque eu já fiz exames por baixo, quer dizer aí se eu soubesse de qualquer coisa, eu já ia me cuidar mais né?, claro que, lógico que daí eu ia pedir pra ele usar camisinha, né?, Margarita, porque eu não vou tá me prejudicando, aí, pegar uma gonorréia, um negócio, quando tu vê, tu tá toda podre, né?"*

Ela presumir que, se fosse portadora de uma IST, exigiria o uso de preservativo nas relações sexuais, ,já que ela precisaria cuidar de si, não é negado por Iara. Isso pode nos levar a pensar que talvez exista um acordo "subliminar" entre o casal de que o homem utilize preservativo nas suas relações extraconjugais (talvez, nesse caso, o termo não seja o mais apropriado, já que o marido de Iara, pelo relato da mesma, tem duas esposas atualmente e não tem outras relações fora deles), permitindo que ela prescindisse a negociação do

preservativo nas suas relações sexuais com ele. Isso seria coerente com a lógica vivenciada por Iara e as evidências científicas de ausência de ISTs durante todos esses anos.

Por outro lado, essa vivência de ausência de ISTs ao longo da sua vida sexual leva ao “pensamento mágico” de que o HIV não existe ou não está presente na sua vida. Ela afirma nunca ter pensado que poderia pegar o HIV, não ter medo “desse negócio” e não se sente vulnerável a despeito de todas as estatísticas epidemiológicas mostrarem que são justamente as mulheres como Iara as mais vulneráveis.

Iara apresenta todos os aspectos que engrossam as estatísticas em relação ao HIV: baixa ou nenhuma escolaridade, pobre, negra, entre 35 e 49 anos, com parceiro fixo. Por que, mesmo assim, ela não se sente vulnerável ao HIV?

As falas dela nos levam à chamada “banalização da AIDS”. Em outras palavras, o cotidiano de Iara é cheio de barreiras a serem superadas diariamente, como a questão da fome, do alcoolismo, do marido com duas esposas, do filho que morreu alvejado por traficantes, do outro filho que é portador do HIV e de AIDS e está com tuberculose, da falta de luz, da tristeza, do abandono... Em um contexto desses, o vírus do HIV é:

> *“ isso aí, é tão normal, isso agora tem remédio pra te curar, curar naquele sentido, né?, que curar, curar mesmo, não tem cura, né?, mas mantendo, sobrevivendo, não me preocupa, A minha cabeça tem outras preocupações. Agora, eu me preocupo com a minha depressão, com a minha bebida, porque eu não dava bola, agora tô conseguindo ficar sem,*

me sinto melhor, até proibi o meu negão trazer bebida para dentro de casa, porque ele bebe, mas aqui ele não pode beber mais ... Pode beber com os amigos, mas aqui em casa não bebe mais..."

Posso observar, através dessa fala, o esforço cotidiano de Iara em relação ao alcoolismo, que inclui "proibir" o uso de bebidas alcoólicas por parte do companheiro que também bebe, e ele concordar com tal negociação.

Essa negociação, diante de um problema tão complexo como é o alcoolismo, revela como, em uma mesma pessoa, podemos encontrar aspectos que demonstram uma autonomia e um processo de construção de relações emancipatórias quanto a um determinado problema, e a inexistência de negociações, quanto a outros (como parece ser a questão do uso do preservativo). Na verdade, posso concluir que o cotidiano e as necessidades que o dia-a-dia impõem são as questões a serem negociadas. A necessidade prática se impõe a qualquer teoria. Fazer tratamento para alcoolismo, por exemplo, se impunha, já que, segundo a visão de Iara, "estava acabando com a minha vida", no sentido de estar cada vez mais isolada no Beco, não ter dinheiro para suprir as suas necessidades básicas de alimentação, estar cada vez mais "enloquecida" pela bebida, não dormindo nem comendo, *"era um bicho, Margarita"*.

Diante desse contexto, pegar o vírus do HIV parece uma questão remota, que não preocupa Iara devido à vivência prática de não ter ISTs ao longo de todos esses anos. Ela pensa que isso a torna livre de ter o HIV. Em parte, ela tem razão, mas por outro lado, as estatísticas estão aí mostrando o contrário. Juntar a experiência e a vivência de Iara com o saber científico dos números parece ser um caminho árduo a ser percorrido. Afinal, a vulnerabilidade individual, social e

programática se personificam nela. Porém, ela compreender cotidianamente a sua vulnerabilidade equivale ao mesmo esforço necessário a ser feito pelos profissionais para buscar a explicação da complexidade desse dia-a-dia, marcado pela exclusão.

Posso concluir que Iara não se reconheceu no material educativo aplicado, assim como não se identificou com as vivências relatadas no grupo. Decorre disso a sua negativa em usar o preservativo, agora compreendida por nós.

Insistir no discurso do uso do preservativo significa banalizar ainda mais a prevenção do HIV/AIDS, já que reforça o discurso do cotidiano de Iara e também o nosso de não querer enxergar a complexidade da situação, criando uma barreira que, com o tempo, pode ser intransponível. É que, na verdade, estamos diante de uma contradição: um cotidiano, aparentemente tão indeterminado (no sentido de que cada dia é um dia para se providenciar a sobrevivência), é, ao mesmo tempo e contraditoriamente, um excesso de determinação ditado pelo sistema (Santos, 2000: 41).

O sistema coloniza o mundo da vida, fazendo com que as nossas rotinas para sobreviver nesse cotidiano adverso nos levem a uma quebra nas nossas expectativas e esperanças. É um cotidiano de espera e de resignação (e aqui, podemos situar a banalização da AIDS). Contudo, a resistência a tais excessos (de determinação e indeterminação) é conseguida quando esta população rompe com seu cotidiano, de forma a dizer não à rotina, não à imprevisibilidade e não à determinação. São, assim, ações locais e intersubjetivas, nunca individuais, que mudam a rotina de viver somente pelas necessidades, mas passam a olhar para as possibilidades: a possibilidade de olhar o seu corpo, a possibilidade de

conversar com os filhos e filhas, a possibilidade de conversar com o marido, a possibilidade de fazer sexo seguro, etc.

A possibilidade praticada por Iara de quebrar a rotina perversa em alguns aspectos da sua vida cotidiana ,me leva a pensar que quando se inverte a lógica de somente ver as possibilidades como meras necessidades (Ayres, 2003:126), nos permite, contraditoriamente, superar aquilo que consideramos cristalizado e naturalizado.

Tentativas de aproximação devem ser feitas visando a compreensão da sua realidade, onde só a concretude da infecção levaria a uma ação por parte de Iara. A dificuldade imposta nesta complexa trama é a de nos anteciparmos a essa vivência, e isto somente pode ser conseguido através de um diálogo demorado, respeitoso, afetuoso e difícil de conseguir porque demanda um engajamento por parte dos profissionais em relação a esta população representada por Iara. Mesmo assim, corremos um sério risco de sermos derrotados nessa tarefa, já que a vulnerabilidade vivenciada por Iara exige um esforço programático intersetorial. Sem isso, o profissional de saúde tem o papel de mero apaziguador de sofrimentos, o que é muito comum nessa situação, mas não o suficiente como a persistente vulnerabilidade de Iara insiste em nos mostrar.

A conversa com Iara me dá algumas pistas, já que ela realizou várias caminhadas na sua vida que tiveram como objetivo ser-mais, no sentido de buscar uma subjetivação, tantas vezes negada pelo contexto onde se desenrola a sua vida.

Essa caminhada, que implicou em negociações cotidianas com o marido sobre parar de beber e em que locais o marido poderia beber, bem como a idéia

que ela nos passa de querer se cuidar e se prover economicamente, são trajetórias que podem ser vislumbradas como um esforço gerado pela esperança diante de um contexto tão adverso, com tantas barreiras para levar uma vida digna, como é o de Iara.

Estimular a conversa entre o casal sobre a questão da infidelidade e o uso ou não de preservativo por parte do marido em relações que não as conjugais, a necessidade de fazer o teste do HIV, talvez sejam assuntos a serem levantados nesta conversa.

O esforço que leva à construção de um novo cotidiano é a trilha que deve ser seguida também pelos profissionais que se aproximarem ou cuidarem dela e de tantas outras Iaras que encontramos no nosso local de trabalho.

Valorizar a experiência prática, os ganhos e as conquistas no decorrer da vida podem nos ajudar a discutir possibilidades que favoreçam uma diminuição da vulnerabilidade ao HIV/AIDS nesta população. Falo isso porque o conhecimento do cotidiano tem a sua dupla face. Se, por um lado, ao valorizarmos as construções do dia-a-dia estamos complexificando o contexto, já que tais construções são fruto delas, por outro, temos que compreender que o cotidiano, o mundo da vida está intrínseca e dialeticamente ligado ao sistema. Por isso, o cotidiano representa o caos, a fragmentação e a colonização. Quero dizer com isso que o conhecimento construído na vida prática também tem como características a normalização e a objetualização (Santos, 2000:29) no sentido de homens e mulheres serem meras engrenagens do sistema. As vidas têm seus rumos definidos e naturalizados com o objetivo de manter as construções

dominantes, negando as diferenças e as possibilidades de construção de vidas diferenciadas.

Por outro lado, o cotidiano (e, muitas vezes, apenas através dele), quando mediado pela reflexão, permite que surjam novas práticas, visando a construção de sujeitos que procuram o caminho da emancipação das suas amarras. São um exemplo os condicionantes de gênero, com seus papéis fortemente definidos, que tornam homens e mulheres vulneráveis ao HIV.

A necessidade de novas práticas, oriundas da reflexão, que passam por questões aparentemente simples (como olhar a própria genitália no espelho ou conversar com o marido sobre fidelidade/infidelidade) e por outras mais complexas (a construção de relações emancipatórias), nos revelam quão entranhadas estão as práticas do cotidiano e como elas dominam, limitam e colonizam o dia-a-dia dos casais. Mesmo um cotidiano tão adverso como este vivido por Iara nos mostra como as subjetividades são capazes de indignação e mudanças em um cotidiano que parecia impossível delas acontecerem.

Cito, a seguir, uma fala de Alain Touraine, que vem ao encontro das minhas falas e que, acredito, sustenta o cotidiano de Fabíola, Maria e ,particularmente, de Iara.

> *"El Sujeto no es un "alma" presente en el cuerpo o el espirItú de los individuos, sino la búsqueda, emprendida por el indivíduo mismo, de las condiciones que le permitan ser actor de su propria história. Y lo que motiva esa búsqueda es el sufrimiento provocado por el desgarriamento y la perda de identidad e individuacion. Para el individuo no se trata de consagrarse al*

servicio de una gran causa sino, ante de todo, de reinvindicar su derecho a la existencia e individuacion" (in: Castañeda, 2000)

Voltarei a esse tema quando analiso as conversas com as mulheres que moram nos cortiços do Jardim Itú.

3.3.2.4 O Jardim Itú

A Unidade Jardim Itú, localizada na Zona Norte de Porto Alegre, já era minha conhecida, ao contrário das unidades que descreverei posteriormente (Leopoldina e Aparecida), pois freqüentemente tenho ido a esse posto para reuniões diversas.

Para chegar ao bairro Jardim Itú, saindo do posto Divina Providência, sigo pela avenida do Forte, desço a Cabral, chego até a Guadalajara que continua como Paul Harris.

Chego então a uma extensa área verde, em que se localiza a horta comunitária, o centro Comunitário (AMBAJAI) e o posto de saúde do SSC.

Foto 34 . Unidade de saúde do Jardim Itú

O Jardim Itú é um bairro de classe média baixa. Os moradores iniciais vivem há mais de 50 anos no local (desde 1951, quando uma fazenda de arroz foi loteada pelo proprietário) e estão sofrendo um empobrecimento progressivo, favorecendo a especulação imobiliária, já que se trata de um bairro com toda infra-estrutura.

Desde 1992, conta com um posto de saúde do SSC.

A maioria da população possui casa própria, e os problemas de infra-estrutura, como saneamento básico e calçamento, já estão resolvidos (Rodrigues, Edelves: 47). Na verdade, caminhando pelas ruas percebo muitas moradias em construção, casas novas de 2 andares que se encontram lado a lado com pequenas casas de madeira em estado regular, ou seja, sem pintura recente, descascada, madeira

começando a ser roída pelo cupim e pela umidade, jardins descuidados e grades enferrujadas. Os pátios, com pomares de árvores velhas, carregadas generosamente com laranjas, bergamotas, limões e pitangas. Muitos cachorros e passarinhos, também.

Foto 35. Casas do Jardim Itú

Foto 36. Casas do Jardim Itú

A impressão que dá e que as casas mais antigas estão sendo substituídas gradualmente por outras novas, em estilo mais moderno e com um material de construção mais durável.

Segundo pasta de Planejamento do Jardim Itú (2002-2003), 60% dos moradores reside em casas de alvenaria ou apartamentos. 30%, em casa mista ou de madeira e 3%, em cortiços ou peças isoladas, Em média, há quatro moradores por domicílio.

Dificilmente, encontramos prédios de apartamentos nas proximidades do posto, mas perto da Assis Brasil, há um conjunto de edifícios em péssimo estado de conservação, onde moram quase 3000 pessoas. Também fazem parte do bairro.

Há, ainda, 15 habitações coletivas do tipo cortiço, e 6 delas foram consideradas de alto risco pelas condições de habitabilidade e pelas características da população. Nestes 6 cortiços, moram aproximadamente 200 pessoas em péssimas condições sanitárias e de infra-estrutura. Rodrigues descreve assim o local:

> *"Muitos cortiços são casas familiares que se transformaram em alojamentos de aluguéis, cada quarto abrigando uma média de três pessoas. Aspectos como ventilação, a luminosidade e a salubridade, até hoje não são respeitados. Não há espaços abertos, a não ser para a circulação das pessoas. Em relação aos equipamentos sanitários, a proporção é de um sanitário, uma pia e dois tanques a cada 28 peças; em média 50 pessoas disputam diariamente o vaso sanitário.*

Os cortiços abrigam uma enormidade de ratos, percevejos e piolhos, que agridem diariamente as pessoas, tornando o ambiente propício ao desenvolvimento de doenças como escabiose e a pediculose, entre outras..." (1998:75)

"Vários problemas de saúde dos moradores dos cortiços são decorrentes destas condições, (como pediculose, escabiose, micro-epidemias) mas também há altos índices de alcoolismo, drogadição, doenças crônicas e um índice elevado de pacientes portadores de HIV (6%)" . (Rodrigues, 1998:75)

A água encanada está presente em aproximadamente 80% dos domicílios do bairro, e rede de esgoto em 98% deles. Assim como 100% das moradias têm luz elétrica.

No bairro, há duas escolas estaduais de ensino fundamental, onde a maioria das crianças estudam.

Uma outra característica do bairro é que a maioria da população (80%) mora nele há mais de 5 anos, e 77% são proprietários do imóvel onde residem.

Tabela7. Dados do IBGE- 1996 - Jardim Itú –1996

População total	9050 - 10832 (Censo 2000)
Proporção de analfabetos de 10 anos ou mais	4%
Proporção de mulheres analfabetas	2%

entre 15 - 49 anos	
Número médio de pessoas por domicilio	3,11
Domicílios subnormais *	3
Abastecimento de água inadequado **	2%
Instalação sanitária inadequada ***	4%
Destino do lixo inadequado ****	0,2%
Chefes de família com até três anos de estudo	17%
Proporção de chefes com renda até 2SM	33%
Proporção de mulheres chefe de domicilio	26%

Fonte: Pasta de Planejamento do Jardim Itú -2002

*Refere-se a conjuntos de aglomerados subnormais, querendo dizer com isso grupo de mais de 20 casas feitos com materiais diversos, tipo maloca, com posse irregular do terrenos e carências de infra-estrutura básica. (sem água encanada, sem esgoto e /ou coleta de lixo)

**Sem água encanada dentro de casa

***Banheiro sem descarga

***Sem coleta regular de lixo.

Na área da saúde temos os seguintes indicadores:

Tabela 8. Indicadores de saúde da Jardim Itú 2000/2002

	Ano 2000	Ano 2002
Cobertura de Pré-Natal	60%	44%
Pré-natal adequado (seis ou mais consultas)	63%	48%

Cobertura Vacinal	96%	84%
Crianças desnutridas Crianças em acompanhamento de puericultura Crianças com risco à saúde*	 69% 38%	4 100% 15
Número de hospitalizações em menores de 18 anos	19	12 por mês
Cobertura de CP		57%
Número de pacientes com AIDS		
Hipertensos		15%
Diabéticos		3%

Fonte: Pasta de Planejamento do Jardim Itú – 2002.

No processo de construção do material, o grupo de trabalho do Jardim Itú, composto por mulheres acima de 50 anos e por diversos profissionais do posto de saúde[39], elaboraram um cartaz discutindo aspectos da sexualidade para essa faixa etária e as possibilidades com a camisinha feminina.

Como já foi colocado anteriormente, não foi possível avaliar o poster, já que após inúmeras tentativas com várias pessoas da Unidade e de outros locais, ninguém tinha disponibilidade para fazê-lo. Porém, como alguns profissionais do posto tinham um trabalho com um dos cortiços do bairro e estavam pensando em discutir alguns assuntos com as mulheres, se propuseram a utilizar a cartilha “Conversa Franca” no cortiço por achá-la adequada para aquele grupo de

[39] participou deste grupo de trabalho Renata Pekelman, querida amiga , sempre oferecendo apoio para os meus stress e dúvidas que surgem no meu cotidiano.

pessoas, já que muitas mulheres que moram no local “circularam” pela Vila Jardim. Cabe observar que, de forma geral, os moradores dos cortiços mudam constantemente de endereço, procurando uma moradia adequada aos seus escassos recursos. O cortiço onde se desenvolveu a reunião é considerado um dos melhores do bairro.

3.3.2.5 O cortiço da rua Paulino Guerra

Quando chego no Jardim Itú, no dia combinado, bato meu ponto, e vejo que as coordenadoras da reunião estão arrumando as coisas para a realização do grupo.

Em seguida, saímos e caminhamos em direção ao Cortiço, que fica bem perto do posto. Passamos por algumas ruas típicas do Jardim Itú: o imenso valo na avenida Paula Soares, chamado pelos moradores de arroio Paulo Soares, embora no mapa da cidade conste com o nome de Passo da Mangueira, todo canalizado a céu aberto e arborizado.

Hoje, não é mais um riacho, onde se possa tomar banho como outrora, mas é considerado o esgoto mais limpo de Porto Alegre, graças à mobilização dos seus moradores que, em parceria com o DMLU, a SMAM e a Unidade de Saúde, desenvolvem o projeto Bairro Saudável[40]. Mesmo assim, é possível sentir o cheiro característico de esgoto a céu aberto conforme o soprar do vento no local.

[40] Este projeto que teve amplo sucesso no Jardim Itú foi desenvolvido durante vários anos e consistia em ações dos moradores de limpeza do valo, arborização e resgate histórico do local.

Foto 37. Arroio Paula Soares

No andar da rua, vemos casas grandes, com jardins, de construção recente, pintura nova, cachorros de raça, quiosques de palha. Ao lado, uma pequena casa de madeira, com pintura descascada, com árvores frutíferas e, na época, com bergamotas amarelando e algumas laranjas começando a amadurecer. Cachorros vira-lata brincam no jardim com um tipo de flor diferente do habitual. As casas são antigas e provavelmente dos primeiros moradores do Jardim Itú, que, em geral, são aposentados, na sua maioria das diversas metalúrgicas da Zona Norte de Porto Alegre.

As casas mais novas são resultado da mudança de perfil social e econômico que o bairro vem sofrendo nos últimos anos, quando a classe média de Porto Alegre começou a se instalar no local com as suas grandes casas e alguns prédios. As calçadas refletem a diferença na paisagem: dependendo da casa,

temos uma calçada recém feita, sem nenhum desnível, de pedras selecionadas. Logo a seguir, a calçada é feita de cimento já rachado pelo tempo, ou com alguns espaços desnivelados pelo desgaste do material. Observo o crescimento de um tipo de musgo, ou alguma outra coisa esverdeada, nas imperfeições da via ou raízes antigas e vigorosas que invadem esse espaço dos pedestres.

Foto 38. Casa do Jardim Itu

Foto 39 Rua do Jardim Itú.

Chegamos na rua Paulino Guerra. Um muro branco, aparentemente pintado há pouco tempo com cal, e a porta de ferro aberta, nos mostram que chegamos no cortiço (ou pombal, como o reconhecem seus habitantes). Um prédio de 2 andares, onde encontramos 7 peças, as maiores, e um banheiro compõem este primeiro bloco.

Entro atrás das profissionais do Itú. Sinto, logo de início, o cheiro de umidade (e há quase 10 dias não chove) misturada com cheiros de roupa lavada e de urina. Entramos na peça que o administrador do cortiço cedeu para fazer as reuniões. Maria Rita espera o pessoal do posto e as cumprimenta alegremente:

"Oi, estava esperando vocês, estou trazendo as cadeiras e dei uma limpadinha... .

Entramos na peça, onde vai ser a reunião, que tem não mais de 9 m^2 e uma janela que dá para a rua. O espaço é bom, dá para tranqüilamente sentarem as

pessoas, mas é um pouco escuro. Tentamos acender a luz, mas Maria Rita logo fala: *não adianta, a lâmpada está queimada ...* A peça não está alugada. É uma das maiores e mais caras do cortiço.

"Vamos chamar as mulheres" , falam Beatriz e Ester. Contornamos esse primeiro prédio em direção à esquerda e, ao fundo, logo que entramos, nos deparamos com outra construção de dois andares, com uma porta atrás da outra, enfileiradas, muito próximas entre si. No centro do corredor que tem essa fila de peças em cada lado, temos uma escada que leva para o segundo andar, onde encontramos mais peças. Ao todo, são 28 nesse segundo prédio, perfazendo um total de 35 peças de não mais que 6 m^2,(3x2m ou 2x2,5m, a maioria delas) com 2 banheiros, 1 chuveiro e dois tanques de roupa, para atender 120 pessoas.

Quando entramos no corredor, lembrei da descrição de Aluízio de Azevedo (no seu famoso livro): roupas penduradas nas cordas, colocadas nos beirais das peças. Roupas de todos os tamanhos cobrem a extensão de todo o espaço destinado a uma fileira de peças, uma ao lado da outra, e em dois andares.

Foto 40. Cortiço do Jardim Itú

Foto 41 Cortiço do Jardim Itú

Foto 42 Cortiço do Jardim Itú

As peças são mínimas. Têm uma janela, uma porta e dentro delas cabem uma cama de casal, um armário e uma televisão. Tem um espaço de cimento que serve de suporte para o fogão de 2 bocas. A maioria das peças tem televisão, mas somente duas famílias têm geladeira, me informa Ester.

Chama a atenção que os corredores, escadas e espaços entre as duas fileiras de peças estejam perfeitamente limpos. O mesmo não se pode dizer do banheiro e do chuveiro, onde o cheiro, para mim, é quase insuportável. Os tanques de roupa exalam um cheiro de água parada e, como são de cimento, já tem uma penugem esverdeada de limo.

Foto 43. Banheiro do Cortiço

Foto 44 Tanque do Jardim Itú

Todos os cortiços têm a figura do “zelador” ou capanga que cuida do pagamento do aluguel e do respeito das normas do cortiço. Em geral, o zelador não mora no local e se desloca diariamente para o seu local de trabalho.

Os zeladores são o terror do cortiço já que, muitas vezes, se utilizam da força bruta para cobrar os aluguéis atrasados ou até de queimar os pertences de alguém que “não obedeceu” as reiteradas petições do zelador em relação ao pagamento. O zelador não se responsabiliza pela higiene do local já que isto, segundo o contrato, é responsabilidade do inquilino. O zelador é o representante direto do dono do cortiço, [41]que dificilmente aparece no local. O contrato de locação segue as características descritas por Rodrigues (1998)

> *“O contrato de locação estabelecido entre o proprietário e moradores dos cortiços é verbal. O aluguel e o período de locação são estipulados pelo interesse do proprietário. Freqüentemente a ação de despejo do inquilino ocorrem pela necessidade de disponibilidade da peça para nova locação. Ou por outros interesses. Nessas ocasiões, o uso da força física se dá através de “capangas” armados com revólver, porrete, etc., sendo comum a apreensão de bens e valores e agressões físicas gratuitas. Quando a violência não é direta, está presente no cotidiano, quando por exemplo, cinqüenta pessoas disputam diariamente uma pia, um vaso sanitário e um cano que é utilizado como chuveiro.*

[41] No caso, *dona*, já que todos os cortiços de Porto Alegre pertencem a uma mulher, cujo marido é dono de uma importante empresa de ônibus de Porto Alegre.

Já especificamente nesse cortiço da Paulino Guerra, o zelador, foi "conquistado" pela equipe de saúde, e é muito acessível nas conversas, principalmente no que se refere à melhoria da infra-estrutura do cortiço. Através de inúmeros contatos realizados com a Assistente Social do posto Jardim Itú, nas visitas semanais, foi possível estabelecer melhorias importantes nesse local, como a limpeza, a existência de chuveiro quente, o acesso a mais um banheiro, a cedência de uma peça para realizar as reuniões. A mudança das relações entre o zelador e os moradores do cortiço, também foi importante. Hoje, quando o zelador se encontra numa situação de conflito, ele recorrer ao posto para discutir um encaminhamento para os problemas, não mais agindo como algum tempo atrás, em que simplesmente os moradores eram sumariamente expulsos, tendo inclusive todos os seus pertences destruídos.

Nesse cortiço, há 35 peças, mas várias estão desocupadas. Em média, moram 3 a 4 pessoas por peça. A grande maioria da população é negra, assim como todas as mulheres que participaram do grupo (à exceção de uma). A idade delas varia de 19 a 28 anos, sendo que uma das participantes tem 43 anos. Dentre as mulheres do cortiço, a maioria é dona de casa ou realiza faxinas eventuais. Há também profissionais do sexo e mulheres que vendem drogas, como maconha e cocaína, nos pontos de tráfico do bairro.

A maioria dos moradores é heterossexual, mas chama atenção o grande número de casais homossexuais, principalmente femininos, e de travestis.

Quando chegamos ao cortiço, além de Maria Rita, tem cerca de seis crianças nas escadas, mas não há mulheres.

Ester começa a chamar as mulheres em voz alta: *aí mulherada, chegamos, vamô acordar? Já são onze horas... Olha a reunião! Eu vou levar as crianças pra praça...Venham crianças, vamô brincar...* Essa fala e o jeito como Ester e Beatriz se movimentam no cortiço me mostram que elas têm bastante familiaridade com os moradores, resultado das visitas semanais que, há vários meses[42], elas fazem ao local.

As mulheres começam a aparecer. Uma se assoma e diz que já vai. Outra começa a puxar o carrinho e diz que está descendo. A outra grita do segundo andar: "V*ai ter mesmo? A Darlene tá dormindo ainda..."*

"Vamo acordar a Darlene, tá na hora", grita Ester. As mulheres riem, e Darlene sai da peça, toda descabelada, descascando uma banana, diz que acabou de acordar e dá a banana para o filho. O outro pequeno dorme... "*Será que eu vou",* ela diz*, "estou toda descabelada...".*

"Vamo", dizem as outras mulheres

"Vamo Darlene, vamo lá mulherio, vamos crianças", estimula, Ester rindo. As mulheres começam a andar vagarosamente em direção à peça onde vai acontecer a reunião. As crianças saem em disparada com Ester e Ruth, em direção à praça.

[42] Edelves Rodrigues, a assistente social do Jardim Itú, trabalha nos diferentes cortiços do bairro há muitos anos, conhecendo seus moradores e as condições de moradia de cada um deles. Fez a sua dissertação de mestrado sobre esses locais, em 1998. A dissertação está citada na bibliografia

3.3.2.5.1 O processo de avaliação da aplicabilidade da cartilha no grupo de mulheres do cortiço.

Entramos na peça onde será feita a reunião. Um cheiro de mofo domina o ambiente. As paredes, descascadas de uma pintura que pode ser branca e com manchas de umidade por toda parte. As mulheres se acomodam. São seis ao todo. Logo depois, chega Laura com um nenê de um ano e pouco que vai participar da reunião. Todas se acomodam em cadeiras, um mocho e uma mesa baixa. Ana Maria leva o carrinho com o nenê dormindo, Darlene deixa o seu sozinho na sua peça, na cama de casal e Luana fica com a sua menina no colo.

Beatriz começa a reunião me apresentando. Falo da minha presença nesse espaço e dos objetivos da pesquisa. Solicito permissão para tirar fotos e gravar. Todas concordam.

Apresento, a seguir, alguns dados sobre as mulheres que participaram desta reunião.

Tabela 9. Dados sócio-demográficos das mulheres que participaram do grupo.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Prof 1
Idade	44	19	19	23	22	27	23	27
Estado civil	Viúva	Solteira	Consens.	Casada	Consens.	Solteira	Casada	Casada
Há quanto tempo?	6 anos	------	2 anos e 4 meses	2 anos	4 anos		7 anos	2anos
Filhos	3	1	2	3	2	2	2	

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Prof 1
Usa preservativo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não
Há quanto tempo	15 anos	1 ano	1 ano	Faz tempo	------	?	Às vezes	-----
Escolaridade	3º grau incompleto	1º ano do 2º grau	4ª série	2º ano do 2º Grau	1º grau incompleto	1º grau incompleto	4ª série	Superior
Trabalho	Técnica de enferm.	Estudante	Dona de casa	Dona de casa	Dona de casa	Cuida de idosos	Dona de casa	Enfermeira
Renda Familiar	R$ 850,00	R$ 180,00	R$ 300,00	R$ 350,00	R$ 600,00	R$ 240,00	R$ 180,00	R$ 6.000
Onde consulta?	Stª Casa	Itú	Itú	Ipiranga	Itú	Itú	Itú	Convênio
Cor	Parda	Negra	Parda	Branca	Parda	Parda	Parda	Branca

Destaco alguns aspectos dessa tabela.

Inicialmente, gostaría de chamar atenção para a presença majoritária de mulheres negras ou pardas, que é uma característica da população do cortiço, que se repete no grupo. Somente uma mulher branca entre as sete mulheres, além da coordenadora do grupo, que é branca.

Chama a atenção também o número de filhos. A grande maioria tem 2, o que significa que na peça moram no mínimo 3 pessoas, confirmando-se a escassez do espaço disponível para os moradores.

Quanto à renda, constato que metade ganha até um salário mínimo e a outra, ganha até 2 SM. Somente uma pessoa ganha mais de 2 SM . Repete-se aqui , também, a diferença salarial entre as mulheres do cortiço e a profissional. A diferença é de 10 a 20 vezes, configurando-se um reflexo da distribuição de renda da população brasileira como um todo, onde as diferenças entre os mais ricos e os mais pobres se situa mais ou menos nesse patamar.

Surpreende a ausência de analfabetas no grupo e, ao mesmo tempo, o grande número de pessoas com 2º grau (2) e uma com 3º grau incompleto, aspecto que somente observei no Jardim Leopoldina, onde 2 das 10 mulheres tinham 2º grau e uma, 3º grau completo, ou seja, proporcionalmente menor em um contexto de renda e moradia completamente diferentes do cortiço, o que talvez possa ser explicado por uma questão geracional, pois no Jardim Leopoldina todas as mulheres tinham mais de 50 anos.

No cortiço, ainda, metade do grupo tinha estudado até a 4ª série. Esses dados, bem como os da Vila Jardim, nos fazem pensar que uma escolaridade maior, por ela mesma, não é garantia de uma melhor qualidade de vida, mas é sim mais um fator que pode indicar ou não outras perspectivas no cotidiano dessas mulheres. Assim, a maior escolaridade, segundo vários estudos, está diretamente relacionada com maior qualidade de vida, melhor relacionamento com os filhos e maiores cuidados com a saúde. Quando analiso a questão de forma particular, observo que não existe uma relação tão direta assim e que a escolaridade faz

parte de uma complexa trama, que inclui renda, acesso a emprego, etnia, relações de gênero, relações familiares e individuais, entre outros. Todos esses elementos formam uma teia, em que as possibilidades e não possibilidades se reduzem ou se ampliam dentro de cada contexto.

Isso nos permite ver a particularidade de cada grupo ou pessoas, que, por sua vez, tem uma relação dialética com a totalidade representado pelo sistema. Ou seja, dentro de dados gerais as mulheres fazem parte da população pobre do país, e muitas das suas características correspondem a esta generalidade. Por outro lado, os diferentes cotidianos que são perpassados pelos mundos subjetivos, culturais e sociais fazem com que a pobreza seja vivenciada de forma diferenciada por cada um dos atores que moram no cortiço.

Chama a atenção, como na Vila Jardim, que metade das mulheres usem o preservativo de forma regular, e isso foi bastante discutido na reunião e será posteriormente relatado no texto.

A reunião será coordenada por Beatriz, que é enfermeira e trabalha há quase dois anos no SSC. Ela me relata seu dia-a-dia no posto, onde desenvolve diversas atividades. Faz supervisão de enfermagem para os técnicos de enfermagem do posto e para os estagiários de enfermagem das Faculdades que têm estágio no SSC. Atende no ambulatório, três vezes por semana, onde faz consultas de pré-natal, puericultura, coleta de preventivo de colo e, duas vezes por semana, nas terças e quintas, faz visitas domiciliares e vai aos cortiços com a assistente social.

Refere que sua prática educativa também começou quando entrou no SSC. Ela acha mais fácil fazer atividades educativas a nível individual, no consultório,

porque a população que consulta com ela e com a maioria dos profissionais não vem dos cortiços. Estes últimos relutam em consultar no posto e o fazem somente após aproximação dos profissionais com o local e seus moradores. Tal aspecto confirma que a população mais desassistida (que, no caso do bairro Itú, é formada pelos moradores do cortiço) não consulta de forma regular e com objetivo de prevenção, mas somente nas emergências e, muitas vezes, procurando outros locais.

No caso das participantes do grupo, como observeia na tabela 9, a grande maioria das mulheres consulta no Jardim Itú, o que apenas foi conseguido depois de um trabalho de visitas domiciliares, realizado pela assistente social e a Beatriz. Antes das visitas, dificilmente, elas se dirigiam ao posto para tentar solucionar os seus problemas.

Beatriz relata que, na consulta individual, o trabalho educativo é mais fácil, já que, na maioria das vezes, se trabalha com uma população com maior proximidade econômica e cultural dela o que facilita o trabalho educativo. Já no cortiço o trabalho é mais demorado, visto que há necessidade de entendimento do contexto, bastante complexo. Por isso, é mais lento e exige um envolvimento de médio a longo prazo. Ela aprendeu isso na prática já que, quando ela chegou ao Jardim Itú, queria ver “resultados” imediatos, pois tinha essa formação da faculdade, onde:

> *“na frente de um problema, tu tens que apresentar uma solução e isso de certa forma é cobrado da gente. Na prática, é diferente, tu não sabes o que tu vais encontrar, não é aquilo fechadinho, tu tens que fazer*

toda uma discussão, e tu vê que tens várias formas de ver as coisas e tu tens que acompanhar o processo junto."

Para Beatriz, medir resultados nas práticas educativas não seria o mais adequado, já que o aprendizado se dá também por parte do profissional, afinal, ele tem muito que aprender com a realidade que vivencia. O mais importante é não levar as soluções prontas dos problemas, mas ver o porquê desses problemas.

Ela pensa que a prática educativa deve ser uma prática mais conjunta, com o paciente, com a equipe e com a comunidade. Somente assim, com a participação coletiva, é possível ter alguns resultados. Ou seja, não pode haver imposição, o que ela considera um desafio, já que está muito arraigado entre os profissionais esse tipo de educação, em que o técnico chega com o "pacote pronto".

"por exemplo, o próprio uso do preservativo, assim, nas consultas tu vê: 'não, a senhora tem que usar o preservativo porque vai evitar isso, isso, isso', mas eu não sei da realidade dela, qual é, onde ela vive, como ela vive, porque ela faz assim, porque ela faz assado, a gente tende a não se importar com isso..."

As dificuldades de trabalhar no cortiço começam por questões simples, como o horário de uma reunião. Ela é marcada às quintas-feiras, às 11 horas. Porém, isso, de forma geral, não acontece. Os profissionais chegam às 11horas, e as mulheres estão dormindo, outras estão acordando, outras foram dar comida

para os filhos, outras, para o armazém, ou surgiu um compromisso inadiável de última hora. Assim, a cada quinta-feira , como foi relatado neste texto, as reuniões começam no horário das mulheres e, lentamente, os profissionais também estão compreendendo esse ritmo cotidiano que dificulta a rigidez na marcação de horários. Apenas quando as profissionais chegam, as mulheres começam a se organizar para a reunião. Inicialmente, os profissionais ficavam ansiosos com os horários porque chegava perto do meio-dia e recém estava começando a reunião. Agora, já faz parte da rotina de ambas as populações o ritual da “chamada” para o grupo. Também vivenciei essa dificuldade na hora de marcar as entrevistas individuais. Marquei seis vezes com cada uma delas e, nas seis vezes, pelos mais variados motivos, não consegui fazer as entrevistas Na sétima vez, quando já estava desistindo, fui sem avisar e consegui encontrar todas em casa e terminar as entrevistas que estavam faltando. Os motivos das ausências de cada uma delas nos dias marcados para as entrevistas serão relatados no texto mais adiante.

Beatriz também relata que a reunião realizada com o material educativo “Conversa Franca”, com o grupo que vou observar, foi realizada em duas etapas. Na primeira, realizada na semana anterior, o grupo leu até a página 5, discutindo a questão do corpo e das conversas com os filhos e o casal.

A dinâmica utilizada na primeira reunião e repetida na segunda mostrou-se a melhor dentre os quatro grupos observados. Antes do grupo, Beatriz e as outras coordenadoras do grupo leram a cartilha e viram que havia sete personagens. Assim, como o número de personagens do material era mais ou menos o número de mulheres que participariam do grupo, elas coloriram cada fala de cada

personagem da cartilha com uma cor diferente. Assim, cada mulher leria as falas da sua personagem escolhida no decorrer da leitura. A escolha das personagens era livre, e as mulheres escolheram segundo a proximidade do desenho com as suas próprias características físicas, como mostram as falas a seguir:

"- Ah, eu sou essa, essa é a minha cara, tem o nariz redondo, eu vou ler ela...

- Eu vou ser a do lencinho, eu gosto de usar lencinho na cabeça...

- Essa sou eu, parece meio loira..

- É, é tu Laura, vai nessa..."

Assim, após uma rápida, mas divertida escolha das suas personagens, as pessoas começavam a leitura. Leitura que, novamente, se deu sem dificuldades e cujo primeiro ponto de discussão foi a questão do corpo, como foi relatado na observação da Vila Jardim, onde o quadro da mulher se olhando no espelho, provoca uma série de falas, conversas e questionamentos.

A conversa, segundo relato de Beatriz, foi muito descontraída. As mulheres e as profissionais se colocando e discutindo as suas dificuldades em relação a corpo. Beatriz observa que o quadro chama a atenção porque coloca a pessoa no singular: "ela" está se olhando, "ela está falando sobre a sua 'xexeca'", e isto faz com que as mulheres se reconheçam nesse quadro e que procurem, através de um exercício reflexivo, a suas vivências em relação ao tema levantado na cartilha.

Beatriz diz que essa discussão, que foi semelhante àquela feita na Vila Jardim, foi o tema do primeiro encontro, que foi interrompido várias vezes pelas

crianças, que procuravam as suas mães. Isso dificultou o andamento da reunião, ,já que o grupo se dispersava em cada interrupção. Mesmo assim, ela avalia que a discussão atingiu os seus objetivos, que eram discutir a questão do corpo e como ele havia sido vivenciado, além de começar um processo grupal dentro do cortiço, visando que elas tenham um espaço aberto para discussão das suas dificuldades cotidianas.

Portanto, a idéia de avaliar o material nesse espaço surge também do interesse das profissionais de construir, em conjunto com as mulheres do cortiço, a possibilidade de um espaço coletivo das moradoras do cortiço. Isso foi conseguido, já que o grupo de mulheres do cortiço continua participando até hoje, e agora tem outras mulheres dos outros cortiços.

Esse grupo, que continuou após a avaliação da cartilha, discute as dificuldades que enfrentam no cotidiano de convivência em um espaço tão exíguo e com tantas pessoas morando nele.

Essa precariedade na infra-estrutura de moradia faz, também, com que as relações entre a família e entre os próprios moradores sejam perpassadas por falas agressivas, ”bate-bocas” freqüentes, preconceitos e estigmatização dos vários moradores que moram no local. Isso dificulta, de forma geral, as ações voltadas para um melhor entendimento entre eles. Salvo uma ou outra relação de parentesco ou de amizade entre alguns poucos moradores, as relações entre os eles e entre as próprias famílias estão marcadas pela agressividade, principalmente entre os pais e as crianças. Diante de qualquer travessura ou tropeço, estas são severamente repreendidas (com tapas na cara, puxões nos cabelos, puxões de orelha, agressividade verbal, castigos físicos em que a criança

tem que ficar de pé ou sentada contra a sua vontade por períodos longos, etc.), ameaçadas de espancamento ou de abandono (“Vou te mandar pra FEBEM”, “Vou embora e nunca mais tu vai me ver“, “Vou te entregar pra teu pai e tu vai ver” etc.). Sendo assim, simultaneamente ao grupo de mulheres, que se consolidou ao longo desses meses, acontece o grupo dos seus filhos, que se reúnem e realizam atividades lúdicas e de criatividade infantil.[43]

Voltando,então, à reunião onde se trabalhou a cartilha “Conversa Franca”, Beatriz afirma que houveram colocações bastante intimas em relação à sexualidade de cada uma delas, incluindo ela própria, e ela comenta que se sentiu à vontade para fazê-lo por já ter um vínculo com as pessoas, apesar delas nunca terem conversado em grupo. Embora o vínculo e a conversa sempre tenham sido estabelecidos individualmente (criando um vínculo com cada morador, nas visitas feitas em cada peça), ao mesmo tempo, estava sendo construído um vínculo com o “cortiço” em geral, o que facilitou o andamento da reunião.

No final desse encontro, Beatriz ofereceu um espelho a cada participante para ver a possibilidade delas olharem a sua genitália. A maioria aceitou o espelho. As que levaram o espelho, disseram que tentariam se olhar.

Observo que, depois desse estudo, fiz vários grupos com a utilização da cartilha. Em todos eles, também tendo como base a aplicabilidade do material feita no Jardim Itú, nunca se conseguiu ir além da discussão do corpo no primeiro encontro. Portanto, posso afirmar, novamente, que a leitura dividida pelos temas

[43]Os grupos de criatividade infantil são realizados em várias unidades do SSC e tem como objetivos discutir, a partir do olhar da criança, as suas relações com seus pais, com eles mesmos e o mundo: a casa, a escola, a rua, a vizinhança
.

que aparecem no material é o melhor caminho para favorecer uma leitura reflexiva dos mesmos. Assim, sugiro que a leitura dos outros temas deva ser feita no mínimo com uma hora e meia de duração por tema, em cada reunião, o que não aconteceu em nenhum dos grupos observados.

Claro que entendo que todos os eixos temáticos estão entrelaçados entre si, e é assim que surgem nas conversas nos grupos. Porém, para permitirem uma visão da totalidade e complexidade, o coordenador deverá se aprofundar em cada eixo fazendo as relações com a totalidade do problema. Isso implica que os coordenadores dos grupos tenham sensibilidade, compreensão, flexibilidade e conhecimento complexo sobre o problema abordado, aspectos que dificultam o uso do material. Esses aspectos da metodologia vão ser discutidos na avaliação da cartilha “Cenas da Vida”.

Agora, na reunião que estou observando, Beatriz começa o encontro perguntando se usaram o presentinho (o espelho) dado na reunião anterior. As mulheres começam a rir envergonhadas, riem, cochicham e algumas falam que se olharam, comentam, outra diz que não se olhou, teve vergonha..., e a discussão é retomada seguindo as questões já colocadas neste texto, no ponto em que discuto os aspectos do corpo .

Beatriz pede, então, para começar a leitura. Descrevi assim este momento:

“Algumas delas não tinham trazido a cartilha, e as outras que foram trazidas não tinham as falas marcadas. Teve um pouco de confusão nas personagens, mas a leitura fluiu. As mulheres conseguem ler bem. Elas dão

entonação e muitas vão mexendo a cabeça enquanto lêem, como concordando com o que está escrito. Elas riem e concordam quando se fala que ele pula cerca, e uma delas diz que faltou colocar "maldito", todas lêem atentamente com interesse...Fim da leitura."

Foto 45 Grupo do Cortiço do Jardim Itú

Foto 46 Grupo do Cortiço do jardim Itu

Foto 47. Criança do cortiço do Jardim Itú

Após a leitura, a discussão se centra no uso ou não do preservativo nas relações sexuais e a negociação do seu uso.

3.3.2.5.2 A discussão da negociação do uso do preservativo a partir da leitura da cartilha.

Como já coloquei, quatro mulheres usavam de forma fixa o preservativo, e três não usavam, mas já tinham tido experiência de uso. Todas (inclusive aquelas que usaram de forma irregular por algum tempo, mas já não fazia parte da sua cena sexual) eram “craques” na colocação da camisinha na prótese peniana, o que também foi evidenciado no grupo da Vila Jardim, mas não, no Leopoldina e na Aparecida, onde todas as mulheres tinham mais de 50 anos e muitas delas nunca tinham visto, tocado ou usado o preservativo.

Sabe-se que o uso do preservativo vem desde a Antigüidade, sendo relatado seu uso na época dos romanos e egípcios (Marinho, 2000). Todavia, é no século 16, na Itália, e na França, no século XVII (Marinho. 2000), que o principal objetivo de seu uso era prevenir a gravidez.

No final do século XIX e início do século XX, em 1930, ele adquire seu formato atual e já com objetivo primordial de prevenir as chamadas “doenças venéreas”, entre elas, a sífilis e gonorréia.

Após a descoberta da penicilina, novamente o preservativo foi usado com o objetivo principal de prevenir a gravidez, tendo sido talvez, o método mais utilizado antes da descoberta da pílula anticoncepcional, que aconteceu em meados da década de 60. Novamente, então, o preservativo é deixado de lado (também por

questões econômicas) e o uso do ACO é a primeira escolha, até hoje, para evitar a gravidez.

Com o surgimento da AIDS no início da década de 80 e a sua consolidação como epidemia de transmissão sexual, em fins dos anos 80, esse quadro muda drasticamente. Impunha-se, assim, para fazer sexo seguro, a volta do uso do preservativo que, sem dúvida, é a melhor forma de prevenção em relação às ISTs/HIV/AIDS, depois que se mostraram completamente ineficazes as campanhas que pregavam a abstinência sexual. As chamadas campanhas ABC (UNAIDS, 2000): Abstinence, Be faithful or use Condoms (abstinência, seja fiel ou use preservativo).

Também os inúmeros estudos sobre casais sorodiscordantes que usam o preservativo em todas as suas relações sexuais, em que a transmissão não chega a 1 %, mostram sua alta eficácia na prevenção.

Em todo o mundo, o uso do preservativo aumentou consideravelmente desde o início da epidemia da AIDS, mas em regiões como a África, o seu uso continua muito aquém do esperado.

Calcula-se que seria necessário aumentar em quatro vezes o consumo de preservativos para se ter um número adequado para proteger as pessoas de ISTs/HIV/AIDS.[44] .

Segundo várias pesquisas realizadas no Brasil (CN-DST/AIDS – IBOPE, 2003 MS/CEBRAP, 2000), o uso do preservativo nas relações sexuais tem aumentado. As últimas estimativas mostram que esse uso aumentou para 24% nos últimos quatro anos, quando as pessoas foram questionadas se usaram

preservativo na sua última relação sexual. Esta também é a minha impressão empírica e resultante deste estudo, ,já que em dois grupos observados, metade das participantes usavam de forma fixa o uso do preservativo, situação que quando foi realizada a construção do material há 3 anos, era difícil de imaginar Ao mesmo tempo, o número de pessoas que se utilizam dele em todas as relações sexuais se mantém em 11%, desde 1998. Também no posto onde trabalho, a distribuição de preservativos quase triplicou em relação há 3 anos atrás. Naquela época, os preservativos “mofavam nas prateleiras” da Unidade. [45]

A facilidade de acesso devido à distribuição gratuita de preservativos nos postos de saúde é um dos mais importantes fatores que aumentam o seu uso. O acesso não se restringe somente a ele estar disponível nas Unidades de Saúde, mas também no fluxo facilitado para chegar até ele. Ou seja, acesso livre, sem receita médica, sem burocracia . Isso é importante para aumentar o seu uso, já que principalmente as mulheres e as jovens adolescentes têm dificuldade em solicitar verbalmente esse item.

Experiências importantes têm sido feitas junto com as comunidades para facilitar o acesso ao preservativo, principalmente dirigidas ao público jovem,. Afinal, são eles quem tem maior dificuldade de acesso ao produto, seja por discriminação (Pinto, 2003) por parte dos profissionais de saúde ou balconistas de farmácia, seja pela imprevisibilidade das relações sexuais nessa faixa etária.

---

[44] WHO/UNAIDS/2001

[45] Todo esse processo de aumento da procura do preservativo se deve também à sua “banalização” na Unidade de Saúde, discutido com a equipe. Até 2000, os preservativos eram distribuídos somente por receita médica, o que dificultava o acesso. Já, há algum tempo, o mesmo é colocado na sala de espera e é distribuído para quem quer quantidades maiores, após um simples pedido do interessado /a com qualquer membro da equipe.

Nesse sentido, Ayres (2003) relata a participação de pessoas da comunidade como distribuidores de preservativos no bairro Butantã –SP como uma experiência bem sucedida.

Uma outra experiência referente ao acesso ao preservativo está sendo por mim realizada, quando decidi colocar um saquinho com 30 camisinhas junto com um pequeno cartaz dizendo “Você já pegou a sua?”, em um mural de um pequeno corredor, em frente a uma sala de reuniões do HNSC. Qual não foi a minha surpresa ao ver que as 30 camisinhas iniciais que coloquei à disposição haviam sumido rapidamente e, assim foi acontecendo, diariamente. Agora, o espaço ficou consolidado como um local onde há acesso ao preservativo.

Sabemos que o acesso ao preservativo é um dos fatores fundamentais para facilitar o seu uso e, por isso, os profissionais de saúde, junto com a sociedade organizada, fazem um esforço para que isso realmente aconteça, como está se verificando em todas as Unidades do SSC do Município e do Estado. Porem, a relativa facilidade de acesso ao preservativo masculino não é encontrada quando nos referimos à “camisinha feminina”. A sua distribuição é muito restrita: em Porto Alegre, existem três ou quatro locais onde ela pode ser adquirida gratuitamente. Os motivos alegados para a sua escassa distribuição são o alto custo, chegando a ser dez vezes mais cara que o similar masculino. Além disso, há necessidade de maior treinamento para a sua colocação, preferencialmente com orientação de profissionais (sabe-se, por estudos, que são necessárias três tentativas para que o casal se sinta seguro e minimamente confortável com essa camisinha.). Devido à sua distribuição restrita, o que dificulta o acesso ao preservativo feminino para a maioria da população, é negado a muitas mulheres um método eficaz

principalmente para aquelas cujos parceiros dificilmente usarão o preservativo masculino, como é o caso da população masculina acima de sessenta anos (ver adiante na avaliação do Jardim Leopoldina), companheiros alcoólatras e usuários de drogas injetáveis.

Voltemos ao grupo do Jardim Itú. A primeira fala do grupo após a leitura da cartilha é feita por uma das mulheres que não usa camisinha com o marido, tem uma relação estável de 4 anos, dois filhos e usa o ACO como método anticoncepcional.

Ela se reconhece nas falas que relatam a dificuldade de o homem usar camisinha porque imediatamente vai duvidar da sua fidelidade.

Figura 3 da Cartilha “Conversa Franca”

O discurso utilizado para não usar o preservativo é o de que o casal tem que confiar um no outro, ou seja, que a infidelidade, quando se ama, não

existe.Por isso, não é necessário usar proteção. Outras duas concordam e comentam que:

> *“falo (para ele usar) só que não adianta, ele me diz que tem que ter confiança um no outro. Que da parte dele não precisa se preocupar porque eles não vão aprontar. Daí tu tem que concordar, que ele não vai aprontar. E na hora tu tens que confiar nele.” (M, 22 anos, dona de casa, 2 filhos)*

A fala é emblemática em relação aos motivos que levam a não usar preservativo nas relações sexuais estáveis: a confiança. Ele me ama, por isso, confio e não uso preservativo. Isso é confirmado em pesquisa já citada (IBOPE,2003), onde 53% das pessoas que não usavam preservativo com parceiro fixo não o faziam porque confiavam no companheiro, 11% não usaram preservativo porque usavam um outro tipo de método anticoncepcional, e 5% não usavam por não gostar.

Um aspecto interessante na mesma pesquisa mostra que os motivos para não usar a camisinha do tipo “é como chupar bala com papel”, “tira o prazer”, “tem alergia”, “aperta”, tão comuns há alguns anos, diminuíram de forma considerável, o que mostra que os motivos para não usar preservativo estão se modificando, principalmente entre os homens jovens, para quem usar preservativo é sinônimo de vida sexual ativa. Em nenhum momento da minha pesquisa, foram citados como motivo de não uso os itens listados acima.

Contudo, o aspecto “não uso porque atesta traição” é um argumento que tem se mantido e é muito marcante nas mulheres acima de 50 anos. Falar sobre

infidelidade traz para elas uma vivência de muito sofrimento raiva e ressignação, como veremos na avaliação da cartilha “Aprendendo com a Vida”.

Por outro lado, há disponibilidade e necessidade de conversar sobre o assunto nos grupos observados, levando a uma reflexão do chamado casamento monogâmico e a uma possível ressignificação das relações entre homens e mulheres, pelo menos no que se refere a esse assunto.

Essa construção de associar a camisinha com infidelidade e grande número de parceiros sexuais tem origem histórica como colocamos anteriormente, já que a os grandes momentos de consumo sempre foram associados a doenças sexualmente transmissíveis. Em relação ao surgimento da AIDS, a situação não foi diferente. Por isso, a imagem “pública” da camisinha permanece, ainda, associada à infidelidade e múltiplas parcerias, aspectos que devem ser discutidos em toda a sua complexidade quando abordamos este problema. Assim temos que ir além da “praticidade” da camisinha, buscando o que ela simboliza e como isso é construído, já que grande parte da população, bem como todas as mulheres de todos os grupos observados, sabiam que a camisinha serve para se proteger das ISTs/DSTs, inclusive o HIV/AIDS.

A dificuldade do uso da camisinha está particularmente centrada em como se estabelecem as relações de gênero, o que já foi discutido neste texto.

Um outro motivo, que está entrelaçado com o anterior, se relaciona com os significados que a camisinha tem para as mulheres e homens que não usam o preservativo nas suas relações eventuais e, muito menos, nas estáveis. Observo que, entre esses casais, permanece simbolicamente que uma relação estável é monogâmica. Porém, é isso também que a epidemia da AIDS desmascara: os

dados epidemiológicos mostram que são as mulheres com parceiros fixo que estão se contaminando. Então, as múltiplas parcerias do casal ficam óbvias e públicas quando da contaminação pelo HIV e também na confirmação da contaminação por qualquer outra IST/DST. Então, aquilo que é exigido – a fidelidade – é destruído por aquilo que é condenado – a infidelidade. Assim, se estabelece uma série de conflitos, que levam necessariamente à discussão sobre o casamento monogâmico. Essa discussão e reflexão faz com que a associação simbólica imediata entre camisinha e infidelidade ou "promiscuidade" esteja sendo ressignificada, passando de um modelo dominante em que a infidelidade é condenada, para um outro modelo, em construção, em que a sexualidade, o cuidar de si sejam também incluídas nas conversas entre os casais

É isso que vivenciei nas observações dos grupos e nas entrevistas individuais, principalmente com jovens. Ou seja, situações que antes não eram sequer mencionadas – como era conversar sobre as outras parcerias, sejam elas anteriores e/ou futuras, dentro de um relacionamento estável –, nessa nova realidade de epidemia do HIV/AIDS, estão sendo conversadas, com dificuldades e possibilidades de acordos intersubjetivos.

Essa mudança de significados e a mudança cultural, também o material educativo se propõe a discutir a partir das suas falas.

> *"Comportamentos que antes permaneciam na sombra, e dos quais pouco se falava, agora tem que ser encarados como reais e presentes. A significação da camisinha, então, acompanha e vai incorporando outros significados. Ela esta passando a significar possibilidade diálogo e de*

discussões abertas, em todas as relações que impliquem envolvimento sexual. (Marinho, 2003:103)

Após as falas das participantes, que expõem a dificuldade de negociar o preservativo com os seus companheiros, se estabelece uma intensa discussão. As que usam lembram para aquelas que confiam que, conforme está na cartilha, está aumentando o número de mulheres casadas que contraíram o vírus do HIV, assim como outras ISTs/DSTs. Mas como falar com o marido sobre esse assunto se ele invoca a confiança par não usar o preservativo?

Várias estratégias ou cenas sexuais são sugeridas pelas participantes. A primeira fala se refere a que as mulheres devem insistir nessa conversa com os companheiros, já que isso significa cuidar de si, ou seja, ir além da relação camisinha = infidelidade. Relatam que muitas tiveram negociações difíceis com os companheiros e todas aprenderam, quando se surpreenderam com uma DST ou uma “ferida no útero” ou, ainda, confirmando histórias de infidelidade dos parceiros atuais ou anteriores. Além disso, muitas argumentaram que a conversa sobre o preservativo como método anticoncepcional talvez seja o início de uma negociação e uso do preservativo. Muitas delas associavam a proteção à gravidez com o uso do preservativo, mas uma delas utilizava um outro método suplementar, como a pílula anticoncepcional, já que a camisinha “não é cem por cento segura para evitar gravidez”.

A associação do uso do preservativo como método anticonceptivo é uma fala e uma prática freqüentes entre as mulheres que querem iniciar uma conversa com os maridos sobre o uso do preservativo, mas não querem abordar o aspecto

da transmissão de ISTs/HIV/AIDS, associado a um relacionamento sexual com outras parcerias, ou seja, a infidelidade entre o casal.

Muitas delas ainda sugerem que seria necessário, por algum tempo, “mentir” para o marido que este seria o único método anticoncepcional, até que ele se acostumasse com o preservativo. Esta “mentira” seria sustentada até que a conversa sobre o preservativo fosse encarada de forma mais natural e mais fácil para abordar as possíveis infidelidades do casal. As mulheres que não usam preservativo argumentam que talvez isso seja mais fácil do que falar diretamente sobre o preservativo como protetor de ISTs/HIV/AIDS.

> *“tu pode dizer, aí ! hoje esqueci o comprimido , vamo usar a camisinha?! É, aí o marido sabe que tu só usa o preservativo e tu diz : ah vamos usar a camisinha para não engravidar, mas tu toma o comprimido. Mas tem que usar tudo escondidinho, tudo direitinho para não ter problema... Ele não precisa saber que tu usa comprimido, porque senão estraga tudo...” (M., 22 anos, dona de casa)*

Essa estratégia é contestada por outras mulheres que usam a camisinha, que defendem que o melhor mesmo é ir conversando. Acreditam que mentir “tem perna curta” e que, depois, é pior. Acham que essa estratégia de mentir para o parceiro talvez possa ser utilizada para “sentir a temperatura”, mas tem que haver conversa entre o casal porque, do contrário, fica muito difícil. As que usam referem-se a, no mínimo, mais três estratégias para a negociação do uso do

preservativo, já que, segundo elas, não “transam de jeito nenhum sem preservativo”. Ou seja, é “camisinha ou greve”.

Figura 4. Camisinha ou greve. Cartilha “Conversa Franca”, p. 9

Na realidade, as mulheres admitem que não precisa fazer greve se for estabelecida uma conversa demorada com o namorado de mais longa data ou com o companheiro.

A primeira delas se refere à necessidade de aceitar que há possibilidade de haverem relações sexuais fora do casamento. Isso deve ser conversado, e o acordo sugerido é de que o casal use camisinha nas suas relações extraconjugais. Isso não é muito fácil de ser discutido, ,já que, como foi discutido neste texto, o casamento monogâmico é um dos aspectos ideais do amor romântico, tão profundamente arraigado entre nós. O fato também de, em uma relação estável, já haverem filhos, dificulta esta conversa. Um casal com filhos significa uma relação consolidada, em que o marido, como provedor do sustento da família, está assumindo o relacionamento como principal na sua vida, o que lhe dá o direito de

não querer usar o preservativo nessa relação. Ou seja, ele não nega a possibilidade de outros relacionamentos, mas, ao mesmo tempo, reafirma que o fato de ter filhos com uma mulher está garantindo para ela a seriedade do seu compromisso.

Na verdade, há a necessidade do homem de manter as relações como elas estão estipuladas para reforçar o seu poder. Ou seja, a mulher deve permanecer fiel e zelosa do lar e ele, provedor econômico, mas com “necessidades“ sexuais que devem ser satisfeitas fora do casamento. É nesse cenário, de reprodução de relações tradicionais de gênero, que as mulheres e os homens se tornam ainda mais vulneráveis e colocam suas dúvidas, conceitos e preconceitos, como evidencia a fala a seguir:

> *Mas eu conversei com ele, e ele me disse: ‘Mas a gente tem um filho junto, por que usar camisinha? Se é assim, se não confias em mim, se é assim, então cada um segue para o seu lado’, ele disse para mim... Aí, eu disse ‘então vai’, mas ele não foi... Eu preciso usar, eu sei como ele é...”*
>
> *(Darlene, 19 anos, 2 filhos)*

As mulheres concordam que a situação é difícil, mas acreditam que é necessário enfrentar o limite dessa situação, que seria o homem sair de casa por causa da discussão. Nenhuma delas vivenciou tal situação e, por isso, elas acham possível a negociação com o parceiro.

Três delas descrevem a seguinte cena sexual para servir de “dica” para aquelas que estão com dificuldades:

“então digamos assim, hoje eu tô com vontade de transar, ele tá com vontade, mas ele diz que não porque sabe que vai ter que usar a camisinha. Aí eu vou, faço alguns carinhos, digo isso, digo aquilo, aí eu digo ‘deixa que eu coloco’, porque homem gosta que a gente coloque, gosta mais, porque aí tu já vai colocando, tu já vai pegando, esfregando deixando ele com mais tesão, ele não resiste. Aí, claro, tu tens que abrir as pernas e aí tu bota, não resiste... olha que dá pra fazer muita coisa boa com a camisinha...”.(L., 23 anos, dona de casa, solteira, uma filha).

As mulheres riem e querem mais detalhes:

“- tá, mas se ele fizer de conta que vai levantar , que não quer, que é pra parar com isso?

- Já me aconteceu, ele tava de pau duro e levantou e disse que não. Aí, eu disse ‘tudo bem’. Quando eu vi, ele nem chegou na porta e já tava de novo comigo, e eu botei... A gente corre o risco, mas melhor arriscar... Olha, nunca me aconteceu de ele ir embora, vou levando na conversa, e sempre transamos de camisinha...”

Todas elas concordam, mas lembram ainda que o acordo de usar a camisinha, feito pelo casal, tem que ficar no casal. Ou seja, não pode contar para as vizinhas, que contam para os respectivos maridos, e isso se espalha pela

vizinhança. Aí, o companheiro vira o comentário da rua colocando dúvidas sobre a fidelidade do casal.

Esse aspecto vem ao encontro daquilo que falávamos anteriormente sobre os significados arraigados sobre “camisinha = infidelidade e traição”. As falas nos mostram como essas novas construções ainda são incipientes, frágeis em relação a um coletivo que mantém o silêncio entre os casais em relação a esses aspectos de cuidar de si e de sexo seguro.

Isso também é comentado na literatura (Gardner,1999) que coloca que os homens, de forma geral, são desestimulados pelos seus pares sobre o uso da camisinha nas suas relações sexuais, já que estariam aceitando, publicamente, a sua infidelidade ou da sua esposa e, conseqüentemente, reforçando uma relação negativa entre o uso do preservativo e o relacionamento do casal. Isso provavelmente é mais comum entre os homens mais velhos, já que, como coloquie anteriormente, entre os homens jovens, sem relacionamento estável, a camisinha simboliza a sua atividade sexual.

Outro aspecto destacado na reunião é a necessidade de envolver os filhos adolescentes nas conversas sobre o uso do preservativo porque isso facilita a abordagem, envolvendo o parceiro na discussão e discutindo o assunto da negociação do uso do preservativo do casal de forma indireta.

Um novo aspecto, salientado por Beatriz, seria talvez o uso de outros métodos de proteção, como a camisinha feminina. Imediatamente as mulheres ficam curiosas em saber se as profissionais puderam trazer algumas unidades, conforme o prometido na reunião anterior, para serem mostradas e até testadas com seus parceiros. Beatriz coloca que lamentavelmente houve um engano por

parte da secretaria, que ao invés de mandar as camisinhas femininas prometidas para a reunião, enviaram apenas as masculinas. O desapontamento é geral, mas é prometido para o próximo encontro o material.

Mais adiante, M, de 43 anos, viúva há seis, que tem tido alguns parceiros ao longo desse tempo, concorda com a fala de L., mas por outros motivos. Segundo ela, os homens estão usando mais camisinha, principalmente os mais jovens, com quem a conversa parece ser mais fácil. Também, segundo M., a mulher tem que perceber que usar camisinha significa romper com o machismo que ainda tem por aí, já que *"a mulher fica com o pinto dele na mão (risos) e isso eles não gostam, porque mostra que a gente tem poder , e a gente tem poder e a gente não sabe"*

Essa fala provoca um série de comentários entre as mulheres, já que esta percepção não estava clara para elas. Porém, imediatamente concordam, por um lado, já que elas desempenham muitos papéis na família, como ser mãe, esposa, companheira, amiga, etc. Por outro lado, segundo as falas das participantes, isso não é valorizado por ser considerado dever da mulher desempenhar. Por isso, tem que partir da mulher tomar a iniciativa de se valorizar.

> *"Hoje em dia somos mães, somos mulher e somos companheiras e somos amigas, namoradas...Nós temos um poder sobre os homens, tem que saber exercitar e usar isso aí, delicada e educadamente, ou se tiver que ser meio na marra vai ser assim... É muito machismo, apesar de termos evoluído em tudo, o machismo ainda predomina, por isso eu tenho certeza, converso, mas se não quer usar, azar o dele.."*
>
> *(M.,43 anos, viúva, técnica em enfermagem)*

Essa fala nos remete novamente a como as relações entre homens e mulheres são construídas e como, onde principalmente o homem é provedor, essa negociação é mais difícil. Há uma dependência econômica que precisa ser superada pela mulher, pelo menos simbolicamente, já que esta relação homem provedor= mulher do lar implica em direitos sexuais do companheiro sobre a sua companheira. (Olavarria,1999). Por outro lado, se observarmos as participantes, tanto da Vila Jardim, como do cortiço do Jardim Itú a grande maioria que utiliza a camisinha com seu parceiro fixo é dependente economicamente dele.

Quais, então, são os motivos que nos fizeram romper essa relação direta entre “homem provedor + mulher do lar = não uso da camisinha”? Que relações foram estabelecidas entre esses homens e mulheres que mudaram as suas relações para um relacionamento marcado pelo cuidado, segurança, sensualidade e erotismo usando o preservativo nas suas relações sexuais.? Por que populações tão vulneráveis social e economicamente como são as mulheres dos grupos observados da Vila Jardim e do Cortiço já ressignificaram e, hoje, vivenciam de forma diferente a sua sexualidade, em relação aos outros grupos observados (Aparecida e Leopoldina), onde a vulnerabilidade social e econômica é menor?

Observo que essas perguntas e suas respostas não tem como objetivo demonstrar que as afirmações sobre vulnerabilidade social e econômica e suas dificuldades relacionadas ao uso do preservativo não tenham mais validade. Pelo contrário, elas se confirmam na totalidade da população mais vulnerável ao HIV/AIDS, mas ao mesmo tempo, é nesta população, como descrevi anteriormente, que observei as mudanças em relação à superação das barreiras para a prevenção e enfrentamento da epidemia.

Acredito que a resposta a esse questionamento esteja na vivência prática, do cotidiano, já que todas as mulheres que atualmente usam preservativo, nos grupos observados e entrevistas individuais realizadas, passaram e viveram situações-limite em relação ao não uso do preservativo.

Outro fator é que a grande maioria delas convive ou conviveu diretamente com portadores do HIV ou doentes com AIDS. Essas experiências, que marcaram as suas vidas de forma intensa, como foi colocado em todos os relatos até aqui descritos, fizeram com que elas enfrentassem de forma diferenciada a sua prevenção dessas doenças.

Essas mulheres, após algum tempo, seja com o mesmo companheiro, seja com novos, nos mostram que fizeram uma ressignificação do uso do preservativo no sentido de cuidar de si, de conversar sobre a sexualidade do casal e agregar prazer, sensualidade e erotização para aquilo que tinha uma significado marginal (no sentido de que a infidelidade não fazia parte das conversas) e negativo (a camisinha é somente para quem é promíscuo e relaxado) nas vidas dessas mulheres com parceiro estáveis. Ou seja, houve um processo de reflexão a partir do dia-a-dia vivenciado pelo casal. Essa reflexão levou a novas práticas e novas ressignificações daquilo que parecia tão cristalizado e imutável na vida de tais mulheres. Essa reflexão a partir do cotidiano é uma das características do mundo da vida, ou seja, ao mesmo tempo em que este último apresenta aspectos fortemente arraigados e difíceis de serem problematizadas (como é o caso da discussão da fidelidade e uso da camisinha), é também a partir da experiência do vivido que se propicia a reflexão.

Então, não é somente compreender o contexto, mas também a partir dele achar as melhores respostas argumentativas e racionais para solucionar os problemas.

Na verdade, o que todos nós queremos é que as mulheres e os homens não precisem mais vivenciar o sofrimento concreto de uma IST/HIV/AIDS para mudar o seu olhar e fazer no mundo. O que queremos é prevenir o contágio com as ISTs/HIV/AIDS. E isso é obtido quando os grupos problematizam e refletem sobre o cotidiano e as cenas sexuais que a população participante relata. O compartilhamento de cotidianos, que são ressignificados de forma intersubjetiva e simbólica por todas as participantes, permite uma caminhada em direção a novas práticas, sem que necessariamente cada uma das pessoas do grupo passe por situações concretas relacionadas à contaminação do HIV/AIDS .

Nunca é demais lembrar que o cotidiano é constituído do mundo social e histórico, entrelaçado com o simbólico. (Marinho,2000) Essas são esferas que necessariamente devem ser abordadas durante a construção de uma validade intersubjetiva. Ou seja, todos os participantes se envolvem na reflexão das práticas reconhecidas como semelhantes e, segundo consenso do grupo, podem ou não serem superadas.

Na verdade, o que as mulheres vivenciam através do relato das suas experiências são crises, tensões e contradições que somente poderão ser superadas por meio da relação dialética entre reflexão e prática. Assim, as novas práticas, como o uso da camisinha, serão resultado da reflexão de uma prática anterior, que, segundo essas mulheres, deverá ser substituída por uma outra prática – o uso da camisinha –, com toda a complexidade que ela traz: uma

mudança cultural em relação à visão da sexualidade, do relacionamento amoroso, do casamento ou relação estável, etc.

É isso que algumas mulheres fizeram e que tentaram compartilhar com as outras no grupo. Ou seja, uma luta cotidiana no enfrentamento de uma crise que tem como um dos seus objetivos finais, também o resgate da subjetividade. Nela, as relações emancipatórias tomam o lugar das relações objetualizadas, hierarquizadas e colonizadas que coexistem, lado a lado, no mundo da vida e, por isso, tão difíceis de serem ressignificadas ou superadas.

Fica cada vez mais óbvio, então, que os grupos educativos cujo único objetivo é informar não atingirão esse objetivo. Ao mesmo tempo, um material educativo que não discuta com essas mulheres os diferentes aspectos da vulnerabilidade a serem enfrentados para fazer sexo seguro não acrescentarão muito, porque elas já estão informadas e sabem manusear o preservativo.

Acredito que o material que está sendo avaliado propicia a discussão sob o olhar do cotidiano da população e suas dificuldades. Por isso, ela possibilita um olhar mais complexo e enriquecedor do problema.

A seguir, então, relato as conversas individuais que tive com três mulheres que participaram da reunião do cortiço do ITÚ.

3.3.2.5.3 O processo de avaliação da cartilha através das entrevistas individuais - a exclusão social de Ana, Darlene e Maria Rita

No dia em que fui conversar com Andréia (P2 no quadro geral) estava muito frio. Soprava um vento suave, mas que piorava a sensação térmica que não chegava a 10 graus.

São 9h30min da manhã. Chego no posto do Jardim Itú e converso com a assistente social, que ri de mim porque eu chego muito cedo para as entrevistas. Assim, espero mais um pouco e, às 10 horas, me dirijo ao cortiço.

Chego ao portão de entrado do cortiço e imediatamente sou barrada pelo zelador, seu Maicon, que não me reconhece. Ele pergunta :

“- O que tu quer ?! - pergunta em tom agressivo.

- Sou médica do Postinho. – respondo mostrando o meu crachá.

- Ah ...agora me lembrei, tu tava junto com a Ester e a enfermeira aquele dia é e isso mesmo...

- Vim porque marquei com algumas mulheres para conversar hoje... com a Maria Rita...

- Ah, te mostro onde é...”

Ele me leva até a peça da Maria Rita. A primeira pessoa que eu ia entrevistar, que seria Maria Rita, não se encontra. Foi fazer um “bico”, segundo me informa a filha adolescente, com um nenê no colo. Diz que *amanhã* estará em casa .

Procuro, então, Andréia. Encontro com ela no tanque do cortiço, onde está lavando as louças do café da manhã. Pergunto se podemos falar mais cedo, já que a Maria Rita não se encontra. Ela diz que é melhor assim, já que ela tinha esquecido que tinha médico às 11h30min.

Noto que, aos pés dela, tem um pinico cheio de urina. Ela percebe meu olhar e diz: *”é das crianças. Elas fazem aí, para não terem que sair de casa com este frio...e o banheiro tá muito sujo”.*

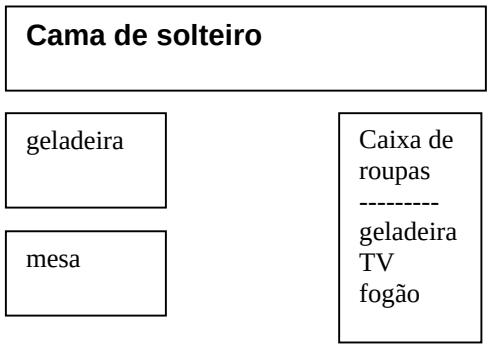
Subimos as escadas e chegamos na peça 23, que é a dela. Ela abre a porta, e a filha, Natália, está comendo uma fatia de pão sanduíche com margarina. Ela está toda agasalhada. Eu entro, e a peça fica cheia.

O filho de Darlene, minha outra entrevistada, está dormindo na cama, já que o outro filho mais novo dela está com meningite no hospital. Eu faço sinal que vou sentar num mochinho de madeira e ela diz : *"não, não, senta nesta"* e me mostra uma reluzente cadeira vermelha, dessas de escritório. Ela senta na cama...

Faço um cálculo rápido e presumo que a peça deva ter 2,5 x 2,5. Nela, observo que há uma geladeira, TV, uma cama de solteiro, onde ela e a filha dormem (pelo jeito, a filha dorme nos pés da cama, já que tem um outro travesseiro no local). Há também uma caixa grande com roupas, o fogão e uma mesa com dois banquinhos. Tem umas peças de roupa penduradas no forro.

Entra vento frio por todos os lados; por baixo da porta, pelas paredes sem reboco e principalmente pelo forro de zinco, o que faz com que a peça esteja bem fria.

A peça de Andréia é mais ou menos assim:



Andréia tem 19 anos e uma filha de 2 anos e meio. Ela conta que nasceu em Santa Maria-RS e, com seis anos, veio para Porto Alegre tendo morado no Jardim Botânico até os 13 anos, quando os seus pais se separaram.

A partir da separação, a sua vida ficou instável em termos de moradia, e o relacionamento com a sua mãe, que nunca foi bom, piorou. Mudaram-se para o Bairro Jardim Leopoldina, onde morou um ano. A mãe decidiu se mudar para Viamão, uma cidade próxima a Porto Alegre (30 Km do Centro), e ela se mudou para o bairro Jardim do Salso com a avó.

Nesse meio tempo, aos 15 anos, Andréia engravidou e foi morar com o pai em Caxias do Sul, com o qual também se desentendeu. Então, há quase um ano decidiu morar no cortiço. Ela é sustentada pelo pai e pela mãe. A mãe paga o aluguel de R$85,00, e o pai lhe dá R$130,00 para a alimentação. No entanto, nos dois últimos meses, o pai não deu o dinheiro porque ela perdeu o contato com ele. Então, é a mãe que a sustenta, o que provoca muita angústia em Andréia, pois essa situação não pode se estender por muito tempo, já que a *“a mãe não ganha muito”*. Ela também conta que o pai da sua filha lhe dava pensão, através de mandado judicial, mas desapareceu sem deixar rastro há mais ou menos três meses. Então, ela não pode contar com a sua ajuda financeira.

Andréia se vê impossibilitada de trabalhar pelos mesmos motivos de Darlene: não há creche pública nas redondezas, e ela está numa situação bem grave de precariedade econômica. Talvez tenha, novamente, que se mudar para a casa de um familiar, já que, com certeza, a sua situação não poderá ser sustentada por muito tempo.

Ela não gosta muito de conversar sobre isso porque a única opção que vislumbra é voltar a viver com a mãe. Os seus planos iniciais eram morar com o pai em Caxias. Ele construiria uma peça onde moraria com a sua irmã, tendo inclusive comprado todo os móveis, que atualmente se encontram na peça onde ela mora. Mas isto não aconteceu porque o pai brigou com a sua segunda mulher e foi embora, não deixando notícias. Então. Andréia teve que voltar para Porto Alegre e se viu “obrigada” a morar no cortiço.

Relata que, quando chegou no local, ficou muito assustada:

> *“Ah foi bem complicado no início. Eu fiquei com medo até de falar com as pessoas, é gente muito diferente, que faz coisas diferentes e que trabalha em outras coisas, mas depois fui conhecendo as pessoas, conversando, a gente se acostuma.”*

As coisas diferentes a que se refere Andréia são as pessoas envolvidas em pequenos furtos, tráfico de drogas e prostituição. Também, como comentei anteriormente, há vários casais homossexuais masculinos e femininos e travestis, rejeitados pelas suas famílias, morando no cortiço.

Além disso, a incomodou, no início, o fato de todo mundo saber da vida de todo mundo. *Os teus horários, o que tu fazes, quando chegas, quando sai, porque fazes isso ou aquilo*. Como ela diz, *“Aqui é com se fosse uma casa grande com vários quartos. Todo mundo sabe de tudo. Dá pra ouvir, dá pra ver, então aqui não tem discrição.”.*

Ela diz que é ruim morar nesse local, mas que, por enquanto, não tem outra opção. O fato de não ter chuveiro dentro da peça e o chuveiro ser morno, quase frio, é muito ruim *num dia como hoje*, onde as crianças não podem tomar banho, nem ela própria o faz. Também diz que é tudo muito sujo, principalmente o banheiro. O tanque nunca pega sol, está sempre úmido. Há um cheiro ruim de esgoto. O zinco é um inferno quando está quente e, uma geladeira quando faz frio. E, quando chove, as goteiras molham todos os pertences, principalmente a cama. No entanto, ela conseguiu se livrar dos ratos e baratas. Os ratos iam de uma peça a outra pelo forro.

Conta que uma das regras do cortiço é que cada um limpe o “seu corredor”, e isso a maioria das pessoas faz. Porém, o banheiro ninguém limpa, já que o outro não limpa... E assim vai até que ele se torne insuportável ou impossível de entrar. Aí, uma pessoa limpa.

E como é o dia-a-dia de Andréia?

Ela conta, meio constrangida, que nunca trabalhou. Sempre estudou, estando atualmente na primeira série do segundo grau. Teve que parar de estudar por dois anos por causa da gravidez, amamentação e mudança para Caxias.

Ela estuda em uma escola estadual das proximidades no horário noturno, que vai das 19h30min às 22h30min. Durante o dia, fica fazendo os afazeres da casa, como lavar roupa, fazer a comida, dar uma volta no bairro com a filha. Por volta das 19h, ela vai para a escola, levando a filha junto. Até agora, não teve problemas em levá-la por parte da direção do colégio. Ela leva alguns brinquedos e principalmente canetinhas e papel para a menina desenhar e se entreter. Nos

dias em que chove ou que há algum outro problema, a vizinha Darlene fica com ela.

Sobre a reunião diz que gostou porque é uma forma de fazer algo diferente e aprender alguma coisa. Do mesmo modo que Darlene e Maria Rita, ela diz que o que mais gostou é "*que todo mundo "botou o seu ponto de vista. Isso contribui para a gente enxergar melhor as coisas. Falaram que os maridos não gostavam de usar e como fazer para usar".*

Andréia conta que, até agora, usou esporadicamente a camisinha, nunca com freqüência, e está ficando cada vez mais preocupada porque todas as mulheres falaram que era importante usar para se cuidar. Diz que, encerrada a reunião, as mulheres ficaram comentando-a no cortiço, mas depois dessa conversa, não comentou com mais ninguém sobre o assunto.

Andréia, que é bastante reservada nas suas opiniões e gestos, se mostrou bastante sensibilizada em relação aos aspectos que foram abordados na reunião, ,já que ela é uma das participantes que não utiliza o preservativo de forma rotineira. Ela conta que percebeu, durante e após a reunião, que tinha que pensar seriamente sobre o uso do preservativo nas suas relações sexuais, pois sentiu que poderia se contaminar pelo vírus do HIV através de qualquer pessoa já que *"a gente nunca vai saber ao certo o que a pessoa fez antes".*

A sua grande preocupação é não engravidar de novo. A primeira gravidez aconteceu porque ela não usava nenhum tipo de anticoncepcional, e a camisinha era usada de forma irregular, o que fez com que ela engravidasse aos 15 anos. Na época, a sua vida estava bastante tumultuada, e Andréia relata: *"transei assim, sabendo que ia engravidar".* Ela acreditava que, estando grávida e com o

companheiro, poderia construir a sua própria família, já que a de origem tinha se desorganizado (“cada um para seu canto” após a separação dos seus pais). Porém, isso não aconteceu. Ao contrário, a sua vida ficou mais difícil apesar das suas diversas tentativas de reorganização. Inicialmente, foi morar com a sua avó. Depois, com seu pai. Tudo isso porque o pai da sua filha não lhe ajuda economicamente, fazendo com que ela tenha mais dificuldades ainda, tendo inclusive que se sujeitar a morar em um local onde se sente uma estrangeira (o mesmo sentimento compartilhado por Maria Rita, como veremos mais adiante, mas por motivos completamente diversos).

Andréia vive uma situação extremamente precária de moradia, conseqüente basicamente da desestruturação familiar decorrente da separação dos pais, que fez com que os ingressos econômicos diminuíssem significativamente. Por isso, pode-se dizer que ela se encontra em situação de exclusão social. Porém, talvez pela escolaridade, que poderá em um futuro próximo contribuir para que consiga um emprego, Andréia está menos vulnerável que Darlene, a minha próxima entrevistada, que não concluiu a quarta série e apresenta um conjunto de fatores que aumentam sua vulnerabilidade.

A seguir converso com Darlene e, depois, com Maria Rita. Logo adiante, no final dessas conversas, faço uma discussão sobre exclusão social e vulnerabilidade para o HIV/AIDS.

Darlene (P3 no quadro geral) foi a última pessoa que entrevistei no cortiço, e sua entrevista foi um mês depois de realizada a reunião. Fui seis vezes para fazer a entrevista e, na última, não marcada, a encontrei, lavando o rosto e

escovando os dentes. Perguntei se ela poderia conversar comigo, e ela prontamente disse que sim.

A primeira vez que a procurei, Darlene tinha consulta com o dentista e não poderia conversar. Na segunda vez, tinha levado o filho pequeno na emergência da PUC, já que o mesmo estava com febre. Na terceira, me interei de que o filho estava com meningite, na UTI e, portanto, ela estava há quase quatro dias no hospital sem ter retornado, deixando o filho mais velho com a vizinha, Andréia. Na quarta e na quinta vez, encontrei com ela, mas ela estava sempre de passagem para pegar uma roupa, levar o outro filho para Viamão, onde moram a mãe e a tia, que se ofereceram para cuidar da criança, ou estava lavando roupas acumuladas. Nessas ocasiões, eu conversava sobre o estado de saúde do filho, e ela esclarecia comigo algumas dúvidas não esclarecidas nas conversas com os médicos.

Conversávamos sobre as suas dificuldades para cuidar, sozinha, de dois filhos pequenos e sobre as preocupações que eles causavam. Nessa visita, ela estava mais animada porque o filho estava melhor e já estavam prevendo alta para ele. Combinamos então que, se possível, continuaríamos a nossa conversa na semana seguinte. Foi assim, com esses pensamentos de incerteza, que me dirigi ao cortiço e encontrei Darlene.

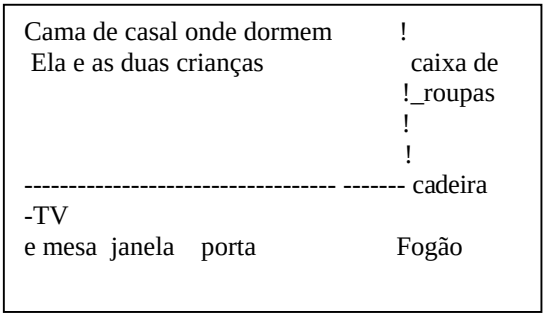
Darlene nasceu em Porto Alegre, mas sempre morou em Viamão. Ela teve uma vida bastante difícil: com 10 anos, a mãe, cansada de criar os filhos sozinha, pois o marido a tinha abandonado, colocou Darlene sob guarda do Estado, e ela foi encaminhada para a antiga FEBEM. Por vários anos, ela recebeu visitas irregulares da mãe aos fins de semana. Por motivos que não quis revelar, fugiu da

FEBEM e se tornou uma “adolescente de rua”, sobrevivendo de pequenos furtos. Há alguns anos, conheceu seu atual companheiro, que também vende drogas e é usuário, com o qual teve dois filhos: um, de três anos, e o pequeno, que tem 9 meses atualmente.

Nos últimos três anos, ela sempre viveu em cortiços ou “pombal”, como ela e os outros moradores do cortiço chamam esses locais de moradia. Morou na Vila Jardim e no Jardim Itú, em diversos cortiços existentes em ambos os bairros.

Comenta estar morando há nove meses neste. Mudou-se por ser o mais barato, pagando R$ 85,00 por mês, incluindo água e luz. A peça onde ela mora fica no andar térreo do cortiço e bem próximo do tanque e do banheiro, o que faz com que haja um cheiro constante de esgoto além de água parada na frente da sua porta, devido ao escoamento do tanque ou do chuveiro. Por esse motivo, ela impede que o filho de três anos saia para brincar fora da peça, já que ele entra “sempre molhado”, razão pela qual os dois estão em atrito constante: o filho, naturalmente quer sair, e ela, a mãe, o proíbe, forçando-o a ficar sentado e ameaçando entregá-lo para a FEBEM, repetindo para o filho a ameaça que ela ouviu na sua infância, que posteriormente foi concretizada.

A peça de Darlene é mais ou menos assim:



Por meio desse desenho, observo que a peça é um pouco maior que uma cama de casal e ela é a única das três entrevistadas que não tem geladeira. Entretanto, cabe observar, as outras duas entrevistadas são as únicas moradoras do cortiço que possuem esse eletrodoméstico.

O companheiro de Darlene está preso por tráfico de drogas (pequeno vendedor ou “avião”, como é conhecido na gíria local), e ela não sabe se continua com ele por dois motivos. O primeiro (e o mais importante) é que o companheiro é portador do HIV e insiste para não usar preservativo nas relações sexuais, já que ele considera o relacionamento estável por ter dois filhos com ela. Essa fala foi relatada anteriormente no texto, mas ela não comentou, na reunião, que o marido era portador do HIV. A insistência em não usar preservativo é tanta que ela já ameaçou separar-se dele. Somente assim, o companheiro parou de falar sobre o assunto. Essa situação a deixa bastante irritada já que, a cada relação, é necessária uma nova negociação.

O segundo motivo para seu sentimento ambíguo em relação ao companheiro se deve a ela ter sabido que ele era HIV+ quando estava grávida do primeiro filho. Foi uma situação muito difícil e trouxe uma insegurança muito grande, pois achava que pudesse estar contaminada. Não falou nada sobre isso para a sua mãe nem para o restante da sua família porque achou que eles não compreenderiam o fato dela continuar com ele.

Desde que isso aconteceu, ela faz teste anti-HIV de rotina, sempre negativo, e passou a usar sempre camisinha, somente na penetração. Assim, engravidou do segundo filho. Quando da segunda gravidez, ela ficou novamente com muito medo, achando que ela e o filho pudessem estar contaminados. Porém,

isso não se confirmou. A partir das conversas com Beatriz e depois da reunião, ela passou a ter certeza de que nunca mais vai transar sem camisinha “no aquecimento” nem na penetração. Darlene também usa ACO para não engravidar.

Um outro sentimento que traz ambigüidade na sua relação com o companheiro é que ele não tem um rendimento fixo, o que faz com sempre estejam “pior do que agora” . Ela afirma que, quando o marido está preso, a mãe dela ajuda com um rancho, e isso garante a comida dentro de casa. Quando ele se encontra em casa (teve duas fugas nesse período), ela não recebe mais ajuda da mãe, o que faz com que a situação se torne muito difícil.

Atualmente ela vende pequenas quantidades de cocaína, das 23h às 4h da manhã, nos dias próximos ao pagamento do aluguel da peça, já que essa despesa tem que sair do “seu bolso”, pois a sua mãe, como foi dito anteriormente, dá comida, mas dinheiro, não. Darlene sempre prioriza a alimentação dos filhos. Nunca faltou comida para eles, mas para ela sim. Muitas vezes, passou fome, principalmente logo que o companheiro foi preso e ela não tinha muito contato com o tráfico.

Ela não gosta de morar no cortiço, mas “se não for aqui, só na rua”. Segundo seu relato, à noite muitos moradores fumam maconha e fazem barulho. Porém, por outro lado, fez amizades no local. Andreia e Marcinha são as suas grandes amigas, com quem pode contar e confiar. Andréia fica com os seus filhos, quando ela “tem que sair de noite,” e ela retribui quando a amiga tem que ir para a escola e não pode levar a filha. Quando Darlene chega, por volta das três ou quatro horas da madrugada, pega os filhos na peça de Andréia, leva-os para a sua e dorme (em geral, até o meio-dia).

Darlene diz que o que mais gostaria de fazer é trabalhar com carteira assinada, mas não consegue porque não tem com quem deixar os filhos. Não tem creche nas redondezas e já foi atrás de várias indicações, inclusive por meio da assistente social do posto, mas não obteve nenhuma resposta positiva.

Em relação à reunião onde foi lida a cartilha, comenta que gostou muito, já que todas as pessoas colocaram as suas experiências e trocaram opiniões. O que mais chamou a sua atenção foi a discussão sobre o uso da camisinha e sobre como as mulheres faziam para usar o preservativo com os seus companheiros, além da informação de que e necessário usar a camisinha desde o início da relação sexual, e não apenas no momento em que o homem vai ejacular.

Sobre a cartilha em si, ela também gostou por se fácil de ler, *"ter só um textinho, uma frasezinha".* Achou interessante tudo que estava escrito e conta que levou para o hospital e emprestou para as mulheres que estavam com seus filhos no mesmo quarto onde ficou o seu. Eram mais cinco crianças com suas respectivas mães. Assim, elas se revezavam lendo a cartilha e comentando os assuntos. Ela conta que as mulheres queriam ficar com o material, mas como ela só tinha um, ficou com ele. Não lembra especificamente o que as mulheres mais gostaram no material, mas relata que todas gostaram muito, riram e conversavam sobre os seus problemas.

Darlene refere que se sente muito vulnerável ao HIV, principalmente porque convive com a incerteza de poder se contaminar através do companheiro. Atualmente, só tem mantido relações sexuais uma vez por mês, já que é a possibilidade econômica que ela tem de visitar o companheiro preso, em regime semi-aberto, em Charqueadas. (80 km de Porto Alegre). Ela refere que isso lhe

traz um pouco de tranqüilidade, visto que, “*quanto menos transa, menos possibilidade tem de pegar*” e novamente fala que quer ficar sozinha com seus filhos.

Essas falas de Darlene nos mostram uma situação de extrema vulnerabilidade, condicionada pela questão de gênero, pelo baixo grau de escolaridade e pela condição econômica, fazendo com que ela sinta a própria vulnerabilidade em todos os aspectos cotidianos da sua vida.

Esses condicionantes se manifestam de distintas formas: no fato de ter que traficar drogas, o que se apresenta atualmente como única opção de sobrevivência, apesar de representar um perigo constante, já que a polícia sempre faz rondas no local; na hora de manter relações sexuais com seu marido, em que provavelmente terá que negociar o uso do preservativo a cada intercurso; na baixa escolaridade e na falta de experiência em qualquer tipo de atividade, que agravam sua dificuldade em conseguir emprego; no fato de ser negra e com uma aparência física marcada pelo sofrimento e a pobreza, o que não a beneficiaria em relação a outros candidatos; na ausência de creche nas redondezas, que dificulta as suas possibilidades para procurar emprego.

Como vemos, as possibilidades de Darlene são muito limitadas no atual contexto de exclusão em que ela se encontra.

No mesmo dia em que conversei com Darlene, tive a sorte de achar Maria Rita (P1 no quadro geral) na sua peça. Também com Maria Rita eu havia marcado diversas vezes e não a tinha encontrado. Os motivos para ela não estar em casa nos dias marcados foram de natureza econômica, já que nas férias ela acabou “fazendo bicos” para reforçar o orçamento doméstico. E, como todos nós

sabemos, “bicos” são imprevistos, surgem de uma hora para outra, sem programação, sem antecedência, ou seja, “é pegar ou largar”.

Por isso, nas três vezes em que eu tinha marcado, Maria Rita estava reforçando seu orçamento doméstico cuidando de pessoas idosas acamadas.

Quando me deparei com Maria Rita pela primeira vez, na reunião, me perguntei, imediatamente, por que ela morava no cortiço, já que era uma pessoa com emprego fixo, terceiro grau incompleto e com um discurso e argumentos bastante elaborados em relação às demais participantes. Obtive a resposta na entrevista individual que fiz com ela e que relato a partir de agora.

Maria Rita é natural de Alegrete e, há quase cinco anos, veio para Porto Alegre à procura de um emprego e salário melhores. Refere que sempre trabalhou na área da saúde. Em Alegrete, tinha feito o curso de Auxiliar de Enfermagem e passou no concurso para Agente Comunitário de Saúde. Nessa função, trabalhou quase quatro anos, mas o salário era muito baixo, não chegando a R$120,00.

Assim, após a morte do marido, decidiu vir para Porto Alegre, onde queria trabalhar como Auxiliar de Enfermagem. Na época, sentiu muito por ter que sair de Alegrete e principalmente ter que pedir demissão do seu emprego, pois ela sempre gostara muito de trabalhar “com o povo”, conversar sobre prevenção, ir nas casas.

Na época, ela também se tornou porta-voz dos Agentes Comunitários, que discutiam aumento de salários e melhores condições de trabalho. Por causa de tais reivindicações, ela viajou por vários lugares do Estado e do país, fazendo parte também da delegação municipal que discutiu a X Conferência Nacional de Saúde. Toda essa participação teve que ser abortada porque ela precisava de um

melhor salário para sobreviver, já que a pensão de viuvez somada ao salário de ACS não era o suficiente para sustentar e “dar estudo” para seus três filhos, pré-adolescentes na época.

Refere, rindo, que a única coisa que ganharam com toda a mobilização foram as bicicletas para os agentes, com a qual nunca conseguiu andar, já que “*nunca consegui pedalar pra frente, só pedalava prá trás, aí não deu mais...” .*

Quando decidiu vir para Porto Alegre, entrou em contato com uma prima que a albergou por cinco dias. Procurou escola e matrícula para os filhos. Logo em seguida, voltou para Alegrete com a promessa, feita a si mesma, de voltar com a mudança e procurar emprego. Fez isso. Durante quatro meses, ficou na casa da prima procurando emprego, até que conseguiu, na Santa Casa de Misericórdia, em Porto Alegre. Refere que, inicialmente, teve bastante dificuldade porque estava acostumada com o ambiente ambulatorial e teria que se reciclar para o ambiente hospitalar. Ela fez isso durante o curso de Técnico de Enfermagem que era oferecido aos funcionários do hospital. Depois disso, morou no cortiço, durante três meses em 2001. Conseguiu, então, se estabilizar economicamente e alugou uma casa no bairro Floresta, na qual viveu até três meses atrás.

Ela morava num apartamento grande, o que fazia com que ela recebesse visitas freqüentes de pessoas que vinham de Alegrete:

> “ ‘Eu posso ficar aqui?’ , ‘Pode, tem uma cama’. *A gente arrumava uma cama, ajeitava o sofá... Todo mundo que vinha ficava ali, só que a Maria Rita tinha que pagar a comida pra todo mundo. Foi vindo gente, quando vi tinha 16 pessoas, eu sustentava dezesseis pessoas. Comecei a*

dar cheque, dar cheque aqui, no armazém, no aluguel, aí chegou a hora que não podia dar mais cheque, 'não tô conseguindo emparelhar', meu filho ficou desempregado, mandei todo mundo embora e tive que me mudar prá cá... Agora, tô no meu último cheque, graças a Deus. Tenho que ficar mais alguns meses aqui, três meses, e aí posso ver outra coisa..."

Assim, no dia-dia de Maria Rita, as contas são levadas na ponta do lápis, já que ela vive no limite do cheque especial, .ou seja, ainda deve para o banco, e o banco fica sugerindo que ela solicite um empréstimo para pagar os juros do banco, ameaçando-a de cortar o limite.

"Aí, o banco me diz: 'nós queremos te emprestar R$ 2000,00 aí tu termina tuas dívidas. Tu tens dois anos prá pagar.´ Eu disse 'não obrigado', não quero, porque vou ter que pagar R$ 5.200,00 de juros. Sou boba, mas não sou louca... Aí, ele me disse: 'Mas, aí, tu vai perder o limite, não vai ter como pagar o teu cheque...' Aí, eu disse: 'Bom, vou perder meu limite'. Este mês consigo pagar meu cheque porque estou fazendo um bico. Este mês me aperto e mês que vem já tô melhor...pode pegar o meu limite..."

Maria Rita refere que não vai pegar empréstimo do banco, mas que a tentação é grande. Logo, em seguida, faz as contas em voz alta falando :

"R$150,00 pro aluguel desta peça, que é mais cara daqui ,mais os vale-transporte que é R$37,00. É pros guris procurarem estágio. Já no fim

de semana, vou receber R$60,00, pago a metade que é do vale, e o resto fica para comida. Aí, espero até o dia 8, que recebo. Tem as fraldas da minha netinha, o anticoncepcional porque ela está amamentando, porque a minha filha está morando no quarto do lado e come aqui ... Vou ter que falar com o sogro dela para dar uma mão, não dá assim..."

Assim, o dia-a-dia de Maria Rita se divide em cuidar de uma pessoa idosa em dias alternados pelo qual ela recebe R$60,00 por semana e, à tarde, vai para o seu emprego fixo, cujo salário está comprometido com o pagamento das dívidas, do mesmo modo que o limite bancário.

Em relação a morar no cortiço, ela vê essa situação como estritamente temporária e faz planos de, no máximo em três meses, sair do local. Refere que o cortiço é muito barulhento à noite e há tráfico de drogas. Por outro lado, como ela está na entrada do cortiço e nas peças maiores (quase três vezes mais que a de Darlene e Andréia), não precisa dividir o banheiro com muita gente, ,já que somente três famílias moram nessa parte do cortiço.

Além disso, refere que não tem amizades e que conversa bem pouco com as pessoas do local, mas participa das reuniões promovidas pelo pessoal do posto quando pode, já que é uma forma de conhecer as pessoas, ver o que elas pensam.

Quanto à reunião refere que gostou muito, mas observa que as reuniões têm que ser contínuas e freqüentes para propiciar um envolvimento entre todos e um maior conhecimento sobre o problema e suas possíveis soluções.

Maria Rita relata que gostou muito da cartilha, principalmente pelos aspectos gráficos e a linguagem utilizada. Refere que a parte com a qual mais se identificou foi aquela em que a mulher sugere para o homem que, se for pular a cerca, que use a camisinha, por parecer que ela não se importa com a traição do companheiro, desde que ele se cuide (cartilha “Conversa Franca”, p. 10).

Refere que ela pensa exatamente isso. Relata que já vivenciou esta situação com o marido que já faleceu. Ela sabia que ele tinha outras mulheres e, por isso, ela sempre usou camisinha, mas também pedia para ele usar com suas outras parceiras. Opina que ele tinha que se cuidar porque tinha uma família para atender.

> *“a diferença é que o livrinho é ilustrado, marca mais, os folhetos geralmente, eles são só linguagem (escrita), essa é uma boa diferença, os termos foram bem apropriados...eu tenho certeza que as pessoas se identificaram com aquelas ali, eu me identifiquei com a parte da mulher ali que mandou o outro se cuidar...”*

Figura 5. Se pular a cerca... cartilha “Conversa Franca”, p.10

Após essa fala, ela se levanta e pega a cartilha que estava guardada em uma das gavetas. E diz:

> *“Aqui está, isso aqui foi escrito pra mim, quer ver, quem é a cidadã, olha essa gorda aqui, olha se não sou eu...deixa ver aqui quando ela diz “camisinha ou greve” . E acho que funciona, principalmente se o cara te amar, teu marido, mas se quer só trepar, ele vai embora mesmo...”*

Em relação à prevenção das ISTs/HIV/AIDS, ela está absolutamente convicta: só transa de camisinha, e isso está diretamente relacionado com as vivências que teve no decorrer da sua vida. Inicialmente, ela já usava com seu único companheiro estável, devido a outras parcerias que ele teve durante o casamento, reconhecidas por Maria Rita.

Depois, teve um fato que a marcou muito, que foi a morte da professora de seus filhos, que morreu de AIDS (no início dos anos 90), que se contaminou através do seu companheiro. O sofrimento que a professora passou principalmente nos momentos finais da doença é lembrado com intensidade por Maria Rita, já que foi a primeira pessoa que ela viu morrer devido a esse problema. Depois, como auxiliar de enfermagem, em um hospital de referência de Porto Alegre, viu muitas pessoas jovens morreram pelo mesmo motivo. Ela se emociona lembrando as diversas situações que teve que acompanhar como profissional de saúde.

No entanto, é uma outra situação – que a deixou muito perturbada, com medo – o que, realmente, a convenceu de que tinha que sempre fazer sexo seguro e, por isso, ela nunca deixa de ter um preservativo na bolsa ou na peça onde mora, além de distribuir preservativos para seus filhos e filha. O fato foi o seguinte: Maria Rita é doadora de sangue e, em 2000, foi fazer uma doação porque uma conhecida de Alegrete que estava precisando. Quando foi para pegar os resultados dos exames de rotina, que devem ser feitos pelos doadores, a recepcionista disse que a médica queria falar com ela:

> *“eu fiquei pensando: Meu Deus, tanto que eu me preservo, eu não acredito, o que aconteceu comigo? Não poderia ter acontecido.”*
>
> *Aí, a médica disse assim: “Olha, deu positivo para HTLV, mas parece que houve um erro e tu e mais cinco vão ter que coletar de novo, mas só semana que vem... eu fiquei arrasada, fiquei tão mal, tão mal, fizemos os testes e tivemos que esperar 30 dias para ver os resultados. Eu, que*

sempre vou à luta, me entreguei. Mas, papai do céu, onde eu pequei?... Emagreci 6 quilos, não comia, não dormia pensando que ia morrer... Passou os dias, e eu não conseguia ir ver o resultado, não fui. Esperei mais uns dias e fui, e a médica pediu desculpas porque tinha sido erro do sistema... Quase matei a médica. Não sabia se chorava, se batia nela..."

Novamente, observamos em Maria Rita a importância da experiência para consolidar ou mudar comportamentos. Como esse fator foi discutido anteriormente, gostaria de refletir sobre a relação entre a vulnerabilidade para o HIV/AIDS e o contexto de exclusão social, em que se encontram essas entrevistadas.

Maria Rita, apesar de ter emprego estável, se encontra também, mesmo que temporariamente, em uma situação de exclusão, devido principalmente aos altos juros que o sistema bancário exige de quem faz empréstimo para pagar dívidas, como é o caso de Maria Rita. Essa situação determinou que ela fosse morar no cortiço, ambiente que, por um lado, lhe era familiar, pois já tinha morado ali na época em que migrou para Porto Alegre, e estranho, por outro, pois a maioria dos moradores dos cortiços está marcada pela exclusão social quase permanente.

O conceito de exclusão social tem sido alvo de debates. Inicialmente, tentarei conceitua-lo a partir do nível de ingresso per capita, por dia, que define que a pessoa que sobrevive com menos de um dólar por dia é considerado miserável ou excluído. (Escorel,1999)

Se fizermos as contas das moradoras desse cortiço, observamos que Maria Rita apresenta uma renda quase 6 vezes maior que as outras entrevistadas e duas a três vezes maior do que as participantes do grupo como um todo. Porém, essa renda não existe, já que é imediatamente absorvido pelo sistema financeiro para pagar dívidas.

Assim, ela e os dois filhos sobrevivem com R$240,00 por mês, decorrentes de um “bico”, o que dá uma renda de exatamente um U$ 1,00 per capita por dia.

Já Darlene não tem renda porque os R$80,00 que ela ganha vendendo drogas são repassados ao zelador do cortiço para o pagamento do aluguel. Por enquanto, ela está ganhando a comida da sua mãe. As outras necessidades, como roupa, ela supre através de doações, feitas através das Unidade de Saúde.

Andréia recebe R$150,00 por mês da mãe. R$80,00 são para o aluguel, sobrando R$ 70,00 para ela e a sua filha sobreviverem durante o mês.

Se formos fazer os mesmos cálculos na Vila Jardim, observaremos que, pelo conceito de renda per capita, a maioria das participantes do grupo se encontra em situação de pobreza, mas com meios, ainda, de suprir as suas necessidades básicas, como alimentação, educação, vestuário, despesas pessoais. A exceção no grupo de mulheres da Vila Jardim é sem dúvida Iara, que circula entre os limites da pobreza e indigência, ou seja, exclusão.

Porém, nas mulheres da Vila Jardim como um todo, observo o que se chama de pobreza estrutural, ou seja, uma pobreza crônica, duradoura, diretamente relacionada com o modo capitalista de produção. Não quero dizer com isso que a pobreza conjuntural, mais recente (como pode ser a de Maria Rita

e Andréia) não seja um fator de exclusão também. Porém, há diferenças, como podemos observar nas trajetórias de vida de cada uma delas.

Assim, as participantes do grupo da Vila Jardim, com exceção de Iara, podem ser consideradas pobres, mas com algumas das suas necessidades básicas satisfeitas (Escorel,1999:28-29) e as moradoras do cortiço pode ser consideradas como pobres com necessidades básicas insatisfeitas, mas com marcadas diferenças entre cada uma delas.

Andréia e Maria Rita estão no cortiço por razões conjunturais, ou seja, elas ainda vislumbram a possibilidade de mudança na situação precária em que se encontram hoje em dia. Essa possibilidade é ainda mais viável no caso de Maria Rita, que tem um emprego estável, uma profissão, mas por uma circunstância fortuita teve que morar no cortiço. A mesma situação vivencia Andréia, mas com mais dificuldade, após o esfacelamento das estruturas da sua família de origem.

Ambas estão vivenciando um processo de desqualificação social, econômica e simbólica (Escorel,1999:56), e isso nos faz pensar que a exclusão é processual, ou seja, há um processo progressivo, de idas e vindas, em que o excluído vai adquirindo lentamente tal condição .

Maria Rita e Andréia estão em um processo de extrema fragilidade e vulnerabilidade em relação à sua inserção social. Os laços familiares, afetivos e profissionais, no caso de Andréia, estão na corda bamba, o que a levou a morar em um lugar que tem, como representação simbólica, o estigma e o preconceito, fazendo com que ela também sinta esses aspectos por parte dos moradores do bairro, dos profissionais de saúde e na escola. Maria Rita também sente o

preconceito por morar em um cortiço e, por isso, sempre diz que mora no Bairro Jardim Itú sem especificar onde.

Maria Rita e Andréia estão à procura de soluções de forma individual, ou seja, por elas mesmas. Contudo, se essa situação se prolongar, provavelmente terão que se socorrer em algum auxílio em nível de políticas compensatórias, via assistente social do posto.

A fase de desqualificação social em que se encontram Andréia e Maria Rita, já que há pouco tempo nessa situação de pobreza extrema, corresponde à primeira etapa em que os excluídos começam a sua caminhada progressiva da exclusão social. Esses aspectos são salientados por Escorel (1999:56), quando coloca o seguinte:

> *"A fragilidade corresponde ao ponto de partida do processo de desqualificação social, representados pela perda do emprego ou pela perda da moradia ou por residir em bairros degradados ou socialmente desqualificados. Esta fase corresponde ao aprendizado da desqualificação e os sentimentos que prevalecem são a humilhação e de inferioridade."*

Já Darlene, que vem vivenciando a pobreza desde pequena (provavelmente desde a segunda infância), apresenta uma pobreza crônica que tem a sua origem no esfacelamento familiar e, por conseqüência, a diminuição importante da renda (a mãe a encaminhou para a FEBEM após o abandono do pai). Isso mostra a incapacidade da estrutura pública, mais do que óbvia, em resgatar a sua auto-estima, em lhe propiciar o ensino de algum ofício ou alguma escolaridade.

No momento em que Darlene ingressou na FEBEM, perdeu todas as chances de se incluir socialmente. Ela é concreta e simbolicamente uma excluída. Ela já foi desqualificada social, afetiva e simbolicamente e se encontra em uma fase que pode ser chamada de dependente das políticas publicas compensatórias. Afinal, todas as perspectivas de conseguir emprego, uma creche para seus filhos para poder trabalhar ou aumentar a sua escolaridade não são possíveis nesse momento. Assim, se ela conseguisse uma vaga no Fome Zero, amenizaria de forma significativa o seu dia-a-dia de pobreza. Essa contribuição para ela e seus filhos impediria de se tornarem indigentes o que é, nesse momento, um fato importante, mas com certeza insuficiente. Como coloca Escorel,

> *"A fase de dependente das políticas públicas ...constitui um modo de integração perverso e liminar porque o "assistido" permanece socialmente desvalorizado e o auxílio assistencial, fixado em patamares mínimos, permite somente evitar a miséria extrema." (1999:56)*

Já Iara, da Vila Jardim, se encontra, entre o limite extremo da pobreza e desqualificação social e a ruptura social, caminho final da exclusão. Essa ruptura se dá pela seqüência infinita de promessas de emprego não cumpridas, pela ausência ou moradia extremamente precária, pelos problemas de saúde que vão aparecendo e pela dissolução progressiva dos laços familiares, de amizade e vizinhança. Ou seja, um futuro inexistente.

O suprimento exclusivo de necessidades , sem possibilidades, faz com que Iara, através do alcoolismo, tente apagar os estigmas, os preconceitos, as

impossibilidades que carregou a vida inteira. O fato de ela possuir moradia própria a distingue de forma substancial das moradoras do cortiço, o que faz com que, apesar de todas as privações, ela ocupe um espaço em termos de território, uma segurança simbólica de pertencimento importante. Desde que nasceu, mora no mesmo local e alguns laços de vizinhança que podem diminuir a sua vulnerabilidade. Como ela mesma diz, *"A minha casa é o céu*." Porém, devido também ao longo tempo em que se encontra nessa situação de precariedade extrema, o dobro de Darlene, faz com que ela se encontre realmente entre o limite da pobreza extrema e a indigência.

> *"A ruptura é a última fase do processo de desqualificação(...) e promotora de uma forte marginalização.(...) A miséria é sinônimo de dessocialização, podendo atingir a ruptura total que promove a ausência de perspectivas e o sentimento de inutilidade ao mundo. Os indivíduos não percebem mais nenhum futuro plausível em nenhum modo de vida integrada à dinâmica social e perdem o sentido da vida" (Escorel, 1999:57)*

Assim, exclusão social é um processo histórico porque o sistema econômico que o sustenta – o capitalismo – é histórico (portanto, processual), mas, ao mesmo tempo, é estado, já que tem concretude no movimento. As trajetórias de exclusão social são múltiplas e variadas, assim como apresenta vulnerabilidades e situações comuns que determinam ou não esta ou aquela trajetória de exclusão que pode ser completa, em um extremo, ou apresentar

períodos de vulnerabilidade conjuntural que vão construindo a exclusão nos sujeitos dentro do contexto social, cultural e econômico.

Porém, cabe destacar que a determinação econômica - a pobreza resultante da distribuição desigual da riqueza – é fundamental no processo de exclusão. Essa determinação pode ser acentuada ou não por diversos outros fatores, como a desestruturação familiar e a escolaridade. Fatores estes que, novamente, estão relacionados com o determinante econômico.

> *"Entre o início da trajetória (de exclusão social) e a ruptura total existem, certamente, situações (ou zonas) intermediárias de rupturas parciais de vínculos, eventualmente reconstruídos a partir da criação de novos vínculos, mais ou menos lábeis" (Escorel, 1999:67).*

Tal determinante econômico faz também com que mesmo os trabalhadores como Maria Rita tenham períodos de exclusão. Ou seja, cada vez mais, observamos que há mais trabalhadores na procura de emprego, assim como os períodos de desemprego são cada vez mais longos . Isso é típico do sistema capitalista que apresenta ciclos de crise e crescimento . Na crise, os excluídos do sistema de trabalho, principalmente, aumentam. Nesse sentido, também aumentam aqueles que não tem previdência social, provavelmente vão ter que mudar de moradia, dirigindo-se a um bairro mais desqualificado em relação a estrutura e recursos, como escola, transporte ou posto de saúde. As crianças provavelmente terão que interromper seus estudos, a comida ficará escassa, as relações entre os casais e os filhos ficam tensas. Enfim, são períodos que podem

se repetir e levar à desestruturação familiar e profissional, iniciando assim uma trajetória de exclusão.

Souza Martins faz uma crítica ao o conceito de exclusão por considerá-lo muito relacionado com a capacidade de consumo. Ou seja, muitas vezes, os excluídos são considerados como aqueles que têm perdido a sua capacidade de consumo de bens materiais somente, e seria incluído, mesmo que pobre, quando tiver uma regularidade de consumo. Afirma que os pobres se transformaram, assim com as outras classes sociais, e se tornaram cúmplices daquilo que é uma das marcas fundamentais do capitalismo: o sujeito tem valor se consome.*"Os pobres, do mesmo modo que as elites e a classe média, descobriram que na sociedade contemporânea o consumo ostensivo é um meio de afirmação social e de definição de identidade" (Martins,2002:37)*

Estes aspectos não foram observados por mim em Iara, Darlene e Andréia, mas sim em Maria Rita porque foi a partir desse consumo "exagerado", confundindo talvez solidariedade com consumo de bens, que ela foi levada a morar no cortiço. Porém, esses aspectos não são de responsabilidade individual. Ou seja, sendo o consumo considerado como fator de inclusão do sujeito na sociedade, o seu reconhecimento social como incluído porque consome é resultados da colonização do mundo da vida pelo sistema, através do seu braço de consumo e dinheiro. No momento em que as pessoas (e isso é notável na classe média), acreditam que o consumo de bens solidifica uma identidade social, estamos vivenciando de forma objetiva a apropriação do mundo da vida, tanto nas esferas subjetivas (eu compro) , culturais (o consumo faz com que eu tenha valor

social) e sociais (quem consome é incluído) por parte do dinheiro e sua visão estratégica de mundo. Nela, um dos aspectos é que sempre há um objetivo a cumprir e, no caso específico de consumo, sempre há um motivo para consumir.

A coisificação dos relacionamentos, a construção de relações de trabalho visando uma mais-valia que coisifica o trabalhador, a construção de uma suposta felicidade que diz que, quanto mais consumimos, mais felizes somos: tudo isso tem ligação com a infiltração do modo capitalista de produção nas nossas vidas.

> *"Filosoficamente falando, a ordem capitalista é, sem dúvida, desumana com todos. Sociológica e antropologicamente, porém, há níveis de desumanização e distintas qualidades de modos sociais de expressar e vivenciar a desumanização numa sociedade em que as relações sociais foram coisificadas pela mediação das coisas, do dinheiro e da mercadoria."*
>
> *(Martins,2003:42)*

Observo, porém, que não é sob essa análise que estou entendendo o conceito de exclusão social, mas sim como um processo de desqualificação econômica (aqui, também entra o consumo para suprir as necessidades básicas), desqualificação social (acesso a serviços, como escola, saúde, transporte e outros), desqualificação cultural e subjetiva, aspectos que podem se somar entre si ou não, conforme o processo de exclusão em que o sujeito se encontra. Então, eu não vejo a categoria exclusão social em oposição à categoria inclusão, mas sim como um processo que, conforme as crises econômicas de um modelo capitalista, hierárquico e desigual, no qual o Brasil e a América Latina se

sustentam, faz com que, ora esta população esteja mais, ora menos vulnerável nesse processo inclusão/exclusão.

Assim, acredito que as mulheres do cortiço se encontram em um processo de exclusão social e muito vulneráveis. Porém, como elas fazem questão de demonstrar nos seus atos e falas, ainda lutam pela preservação e exercício das suas potencialidades humanas (Escorel,1999:75). E isto pode ser observado quando elas falam do interesse que têm de participar das reuniões promovidas pelo posto de saúde no local; da alegria compartilhada nas mesmas reuniões, assim como as tristezas apoiadas; do interesse em ouvir as outras experiências de vida que possibilitem , talvez, um ponto de partida de mudança nas suas próprias vidas; pelo desejo de compartilhar as vivências e experiências vividas nas cartilhas com outras mulheres; pela resistência e tenacidade com que negociam o preservativo, algumas delas, para se proteger, se cuidar de possíveis ISTs/HIV/AIDS. Por vislumbrarem, ainda, um futuro, mesmo que a esperança e a possibilidade, muitas vezes, sejam somente uma necessidade básica a ser satisfeita.

Assim, essas mulheres rompem com a solidão e o silêncio que a exclusão insiste sistematicamente em impor e tentam juntas um fazer político no mundo da vida, onde possam ser valorizadas e estimuladas a partir das pequenas, mas importantes mudanças culturais, como são a negociação e uso do preservativo para a prevenção das ISTs/HIV/AIDS. Isso implica também no conhecimento do corpo, nas relações com seus filhos e marido, em tradições culturais e sociais. É uma pequena ação, porém envolve uma complexidade para além dos aspectos meramente subjetivos. Implica em ressignificação cultural das relações de gênero

que, por sua vez, dá inicio a uma mudança social que, necessariamente, deverá ser construída através de relações mais igualitárias, onde o reconhecimento do outro *diferente* é o primeiro passo para o entendimento e para uma ação dialógica e comunicativa.

Nesse sentido, o esforço que as mulheres do cortiço e os profissionais do Jardim Itú que coordenam esta atividade fazem para reconstruir e resgatar a humanidade sucumbidas e negadas de forma sistemática pelo sistema, é significativo. É um trabalho lento, paciencioso, difícil e desafiador.

Esse trabalho começou através das visitas individuais às pessoas que moram no cortiço. Após, se iniciou um trabalho de grupo (através da avaliação da cartilha “Conversa Franca”), que continua até hoje com reuniões e visitas semanais. O objetivo principal é fortalecer ações de resgate de uma humanidade quase engolida pelo sistema, através da prática cotidiana de atitudes solidárias e comunicativas entre os participantes do grupo e moradores desse espaço.

> *“É também, e talvez, sobretudo a partir desta dolorosa constatação (a desumanização) que os homens se perguntam sobre outra viabilidade – a de sua humanização. Se ambas são possibilidades, só a humanização nos parece ser o que chamamos de vocação dos homens. Vocação negada mas também afirmada na própria negação. Vocação negada na injustiça, na exploração, na opressão, na violência dos opressores. Mas afirmada no anseio de liberdade, de justiça, de luta dos oprimidos, pela recuperação da humanidade roubada” (Freire, 1993: 30)*

Assim, a utilização da cartilha “Conversa Franca” teve um impacto bastante positivo entre as participantes desse grupo. As mulheres se reconhecem nas dificuldades e nos caminhos possíveis para uma mudança cultural em curso, descritas no material.

Aqui cabe observar que o não reconhecimento de Iara, da Vila Jardim, com o material, mesmo tendo uma situação social muito semelhante às mulheres do cortiço, se diferencia em dois aspectos fundamentais para ela não se reconhecer no material: o primeiro deles se refere à impossibilidade de ler, já que é analfabeta e, portanto, a cartilha utiliza uma linguagem inadequada para mulheres com tal característica. O segundo aspecto se refere à questão geracional. Ou seja, o fato dela estar beirando os 50 anos faz com que a sua construção cultural do que é ser mulher e como “deve” se relacionar com o seu parceiro tenha diferenças importantes em relação às mulheres casadas que têm a metade da idade dela e que estão em processo de mudança cultural. Assim, na verdade, o material construído por mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, tem maiores possibilidades de reconhecimento por parte das mulheres do mesmo contexto cultural, social e da mesma faixa etária. Os aspectos geracionais, que influenciam na compreensão do contexto, serão discutidos na avaliação da cartilha “Aprendendo com a Vida”.

O fato de a profissional que coordenou o grupo ter um vínculo afetivo e compreensivo, mas, ao mesmo tempo, problematizador com as participantes foi fundamental no processo de compreensão e reconstrução do material.

A leitura da cartilha feita em dois encontros também propiciou uma maior

compreensão do problema em discussão. Porém, ressalto, ainda, que dois encontros não são o suficiente para uma compreensão problematizadora do tema, já que vários eixos temáticos sequer foram discutidos ou abordados. Em relação especificamente ao grupo do cortiço do Jardim Itú, tais temas foram retomados nos encontros seguintes e que continuam, como já foi dito, até hoje.

3.3.3 O processo de avaliação da cartilha “Aprendendo com a Vida”

A cartilha “Aprendendo com a Vida” foi elaborada por um grupo de mulheres do Jardim Leopoldina, cuja idade era de 30 a 45 anos. A sua cartilha, bem como as suas conversas e a elaboração do material, destacou o tema da fidelidade/infidelidade nos relacionamentos estáveis.

Esse é o tema a ser destacado na avaliação do material.

3.3.3.1 O Bairro e Unidade Jardim Leopoldina:

O Jardim Leopoldina é um conjunto habitacional formado majoritariamente por edifícios e se localiza no Bairro Rubem Berta, na Zona Norte de Porto Alegre. Esse conjunto habitacional, na verdade, é identificado pelos seus moradores como um bairro. Os moradores do Jardim Leopoldina não dizem que moram no Rubem Berta, mas sim “no Leopoldina”.

Ir para o Jardim Leopoldina depende do ponto da cidade onde nos encontramos. A via de acesso mais comum é pela Assis Brasil, seguindo a Baltazar de Oliveira Garcia até a Manoel Elias e, então, entrando à esquerda. Ao chegar, nos deparamos com uma seqüência, que segue por várias quadras, de blocos de edifícios geminados de 4 andares, com 32 apartamentos cada, perfazendo um total de 120 apartamentos cada bloco.

As ruas, durante o dia, são tranqüilas. Poucas pessoas circulando, pelo menos nos horários em que fui ao local (sempre passando um pouco da 1h da tarde). Crianças indo para a escola, levadas pelas suas mães. Raramente, vemos homens na rua. Vários carros estacionados de ambos os lados da rua. Chama a atenção que os carros sejam tão velhos: Fuscas com cores tipo bordô ou azul celeste desbotados; FIATs 147 cor creme e com pneus “carecas”, Variants, Opalas marrons, Brasílias . Não avistei nenhum carro popular, tipo Uno , Palio ou Ka, nas calçadas. Os prédios, todos iguais em altura, largura, número de janelas e apartamentos diferem bastante entre si em relação quanto aos cuidados que têm os seus moradores.

Foto 48. Prédios do Jardim Leopoldina

Foto 49. Prédios do Jardim Leopoldina

Foto 50 Prédios JL

Foto 51 Prédios JL

Foto 52 Prédios JL

Na verdade, a diferença aparente, ao primeiro olhar, está entre um jardim bem cuidado, com iluminação e bancos para sentar e tomar chimarrão e os prédios cuja pintura está descascada, velha e cheia de falhas, com os jardins cheios de terra ou capim, cadeados nas grades enferrujadas e sem pintura, lixo

fora das lixeiras. Todos esses elementos provocam um contraste importante entre os prédios.

A diferença entre os prédios tem uma origem histórica, que remonta a 1987, quando a empresa que construiu o bairro Leopoldina faliu. Em decorrência disso, os prédios ficaram inacabados principalmente no que se refere aos “acabamentos”. A falência da construtora impediu que temporariamente os donos dos apartamentos tomassem posse do imóvel por pendengas judiciais. Como isso se alongou, os donos dos imóveis “invadiram“ cerca de 1500 apartamentos e, depois de longa batalha judicial, mediada pela Prefeitura de Porto Alegre, conseguiram obter o direito de posse. Assim, ao longo dos anos, a batalha judicial entre os donos dos apartamentos e a empresa falida fez com que os “invasores“ não investissem na melhoria dos prédios devido à incerteza dos resultados da batalha judicial noticiada em todos os jornais da época.

Assim, atualmente, essas 1500 famílias (em torno de 6000 pessoas) compõem o que os moradores identificam como Jardim Leopoldina 2, que seria toda a série de prédios que foram retomados pelos “invasores” e legalizados pela Prefeitura. Ali, o aspecto visual é de abandono.

Quase no final da rua, chegamos a um descampado que tem uma igreja, uma escola e o Posto de Saúde do SSC. O posto me causa, inicialmente, um impacto negativo por diversos motivos. O primeiro deles é que, entrando no posto, nos deparamos com um imenso corredor, com portas em ambas as laterais, que dão para as diversas salas e consultórios. O posto é muito grande. Não sei se por isso, me pareceu completamente impessoal, burocrático . A cor dele é um amarelo amarronzado e tem um guichê com vidro, que impede o contato direto da

população com os funcionários administrativos. O espaço da recepção é acanhado, e a sala de espera é um corredor com alguns bancos, tornando esse espaço menos acolhedor ainda.[46]

Nos fundos do posto, estão a cozinha e uma sala de descanso para os funcionários. Essa sala também é descuidada, com um sofá velho e rasgado e livros velhos para consulta. Nos consultórios, a escrivaninha e as cadeiras estão frente a frente com a mesa no meio, ao contrário das Unidades Aparecida e Providência, onde as mesas e as cadeiras fazem um ângulo de aproximação entre o profissional e a população. Parece tudo muito atirado, descuidado e sujo.

Foto 53. Posto do Jardim Leopoldina

[46] Na verdade, quando entrei pela primeira vez no posto, me deu a nítida impressão de ter estado naquele local antes. Procurei na minha memória por alguns momentos e me veio outro espaço burocrático: o prédio da polícia federal, localizado na rua Paraná, que eu visitei muitas vezes, quando cheguei ao Brasil, há mais de 20 anos....

Foto 54 Posto do Jardim Leopoldina

A seguir, selecionei um trecho do relatório “Refletindo sobre atenção primária, a experiência do SSC” (Giacomazzi & Takeda,1999), que se refere ao Jardim Leopoldina:

> *“(...) O Jardim Leopoldina está constituído basicamente por blocos de edifícios, parte deles em situação irregular de moradia. Há no bairro duas áreas consideradas de risco, por tratar-se uma de um prédio inacabado que foi ocupado por 25 famílias – a Carcaça – e outro denominado “acampamento” ou Vila Davi Canabarro, constituído inicialmente de barracas que foram se transformando em casas definitivas.*

“A Carcaça compreende área de invasão de prédios mal acabados e grande quantidade de casinhas que ficam junto aos prédios, com precárias condições de infra-estrutura, saneamento básico e com ligações clandestinas de água e luz.

A vila Davi Canabarro também é área de ocupação irregular, onde foram construídos diversos tipos de casas. Não tem prédios. Tem mais infra-estrutura que a Carcaça e na maioria das casas há água e luz regularizados. As ruas da Vila são de terra batida e balastro, com valetas nas laterais e muitos lugares com esgoto a céu aberto.”

Em 1988 foi criada a Associação Organizadora do Posto de Saúde Comunitária do Jardim Leopoldina. Na época de sua fundação, a Unidade era ligada à Unidade São Cristóvão da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Em 1992, o Grupo Hospitalar Conceição assumiu o posto. Na época, a área física era o salão de festas de um dos condomínios. Em 1995, foi inaugurada a atual sede da Unidade de Saúde.”

Essa descrição, de 1998, já mudou, visto que os prédios em situação irregular de moradia já não o são mais. Foram todos legalizados pelo DEMHAB da prefeitura .

A “Carcaça” não existe mais enquanto área de moradia, já que, também através de um programa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, novas casas foram construídas em um bairro próximo, e os moradores atualmente moram nesse local. Em torno de 60 famílias foram removidas, mas elas ainda consultam no posto até a Prefeitura construir uma Unidade de Saúde no outro bairro. Na

carcaça, moravam pessoas que não tinham contrato com a empresa falida, mas sim faziam parte dos inúmeros sem-teto de Porto Alegre. A situação de moradia era extremamente precária no local, já que inexistia qualquer infra-estrutura básica, como água, esgoto ou luz. Mesmo assim, esses moradores permaneceram, até 2002, no local, quando foram transferidos para um outro bairro nas proximidades.

Já a área denominada Davi Canabarro é a parte mais pobre do bairro, onde os moradores têm maior vulnerabilidade em relação á sua saúde, mas eu não tive oportunidade de visitar o lugar.

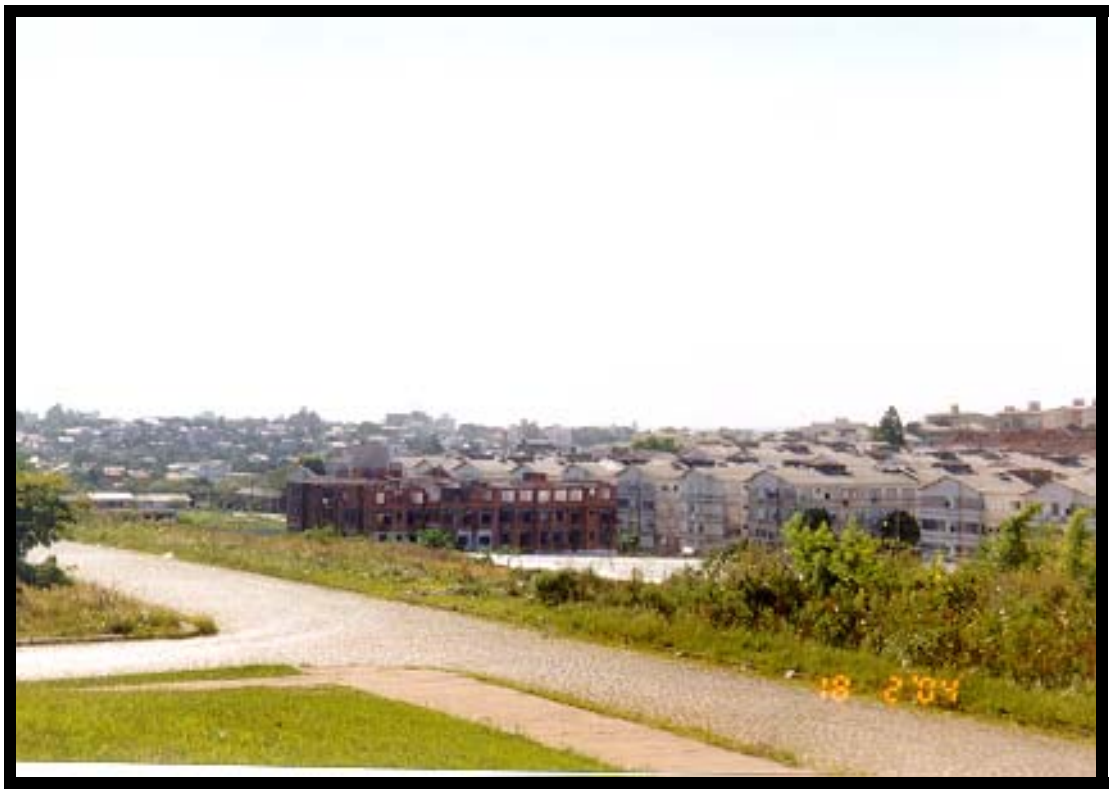


Foto 55. Carcaça do Jardim Leopoldina

Foto 56 Carcaça do Jardim Leopoldina

Segundo os profissionais de saúde da Unidade, o “pessoal” que mora nos prédios é mais fechado. Dificilmente, se consegue chegar neles sem marcar com antecedência, já que todos os prédios são gradeados e não tem porteiro eletrônico (só entra quem tem chave). Como diz um dos integrantes da equipe da Unidade:

> *“o problema daqui do Leopoldina, é que aqui é uma grande prisão.... tudo gradeado, tu não consegue entrar de jeito nenhum. Não tem jeito mesmo. Então, nada é espontâneo. Tu tens que marcar tudo. É tudo marcado, senão tu não consegue entrar nas casas de jeito nenhum. Diferente lá da Canabarro, que tu vai chegando nas casas e o pessoal vai*

conversando...é brabo, é difícil para convidar para um grupo, fazer uma visita, o pessoal não abre a porta mesmo...”

Foto 57. Criança do Jardim Leopoldina

Foto 58. Criança

Foto 59 Jovens no Jardim Leopoldina

Esse aspecto de um certo isolamento social, colocado pelo profissional do posto, não é vivenciado pelas três pessoas que entrevistei individualmente após o trabalho em grupo. Todas elas tinham vínculos com os vizinhos, tomando chimarrão diariamente e colocando a conversa em dia. Outras, também por morarem há mais tempo no bairro, se tratavam como comadres, se visitando freqüentemente ou se encontrando de forma regular nas reuniões promovidas pelo posto ou igrejas do bairro. As três mulheres se relacionavam de forma ativa com os vizinhos e os moradores do prédio em geral, mas não com o bairro na sua totalidade. Também freqüentam com certa assiduidade, também, a grande praça do bairro. Selecionei algumas falas que se referem a esses aspectos:

"(...) Depois, por volta das 10 horas, pego o chimarrão, desço pra rua e eu vou lá na frente do prédio tomar chimarrão, ou às vezes dar uma volta. Passo na casa de uma amiga e tomo um pouquinho e volto pelas 11h30min por causa do almoço.." (C., 58 anos, aposentada)

"Eu gosto (de morar aqui) porque tenho a minha comadre na frente, tem outra comadre na esquina, assim tu tens uma convivência com as pessoas, coisa que é muito difícil hoje em dia... Assim, nasce o filho de fulana, já vai todo mundo lá, sabe.." (M. 53 anos, vendedora)

"Eu me dou bem com os vizinhos, cumprimento, converso quando a gente se encontra. Também vou no Centro Vida, na igreja e nas reuniões

do posto... Aqui é bom tem supermercado, tem a praça, eu caminho nessa praça...” (G.,63anos, viúva)

O bairro conta com duas escolas estaduais, uma praça com quadra poliesportiva, árvores e grama, supermercados, farmácias, ferragens, lavanderia, lotérica, pizzaria, diversos trailers de cachorro quente e “X”, “lojas de 1,99”, agropecuárias, salão de beleza, lojas de calçados e roupas, artigos religiosos, sorveteria, posto da Zero Hora, reveladora de fotos, floricultura imobiliária, consultório médico e odontológico privados, três bancas de revistas, uma óptica e vários pequenos armazéns.

Foto 60. Jardim Leopoldina

Ainda caracterizando a população, transcrevo trecho da “Pasta de Gerenciamento 2002”, da Unidade de Saúde.

“a população do Jardim Leopoldina constItui-se de indivíduos de classe média, média baixa e pobre. Em um mesmo prédio, algumas vezes, podemos encontras exemplos das três faixas.

Temos entre a população: comerciantes, proprietários de pequenas empresas; empregados de firmas e do comércio, secretárias, trabalhadores da construção civil, mecânicos, vendedores, trabalhadores da saúde, autônomos, taxistas, empregadas domésticos, ambulantes regulares e irregulares, estudantes, aposentados, pensionistas e desempregados.

Em muitas unidades familiares encontramos como fonte de renda a aposentadoria sustentando duas a três gerações, sendo complementada por trabalhos informais e ocasionais de algum membro da família. Encontramos muitos desempregados numa extensa faixa etária, jovens tentando entrar no mercado de trabalho e adultos experientes já na quinta década de vida.

Observamos uma redução do poder aquisitivo das famílias, tendo muitas migrado de planos de saúde para o acompanhamento no SUS e, outras, procurando medicações gratuitas que são distribuídas no posto de saúde.

Encontramos na população do Jardim Leopoldina uma grande variação do poder aquisitivo escondida atrás da fachada dos prédios que compõem o bairro.”

A Unidade Jardim Leopoldina atende uma população de quase 17000 pessoas. A equipe está composta pelos seguintes profissionais: 5 MFC, 5 auxiliares de enfermagem, 2 agentes de saúde, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 psicóloga, 2 estagiárias de psicologia e 5 residentes em medicina de Família e Comunidade de primeiro e 4 do segundo ano.

O grupo que participou da elaboração da cartilha “Aprendendo com a Vida” contou com 5 profissionais – uma médica, uma psicóloga, uma assistente social e as estagiárias de psicologia –, mas observo que quem coordenou a atividade e participou de todos os encontros foi a médica.[47]

O número de moradoras do bairro que participaram da construção do material variou de 10 a 12 mulheres.

A seguir, apresento alguns dados do bairro Jardim Leopoldina.

Tabela 10. BAIRRO JARDIM LEOPOLDINA – Dados do IBGE -1996

População total	16750 – 15000 (2000)
Proporção de analfabetos de 10 anos ou mais	2%
Proporção de mulheres analfabetas entre 15-49 anos	1%

[47] A médica é Daniela Montano Wilhelms, que realizou um trabalho notável com as mulheres do grupo quanto ao processo participativo e à construção do material. Ela também se “apropriou” da metodologia e construiu, em conjunto com Renata Pekelman e eu, várias oficinas e artigos a respeito dessa experiência. A sua crítica, construtiva, respeitosa e admiravelmente dialógica, é fonte de aprendizado permanente para mim. Por isso, agradeço a sua amizade. Também a sua capacidade incansável de trabalho e militância relacionada com a Atenção Primária à Saúde e a Residência médica da especialidade tem a minha admiração .

Número médio de pessoas por domicílio	2,82
Domicílios subnormais *	2%
Abastecimento de água inadequado **	1%
Instalação sanitária inadequada ***	2%
Destino do lixo inadequado ****	0,1%
Chefes de família com até três anos de estudo	8%
Proporção de chefes com renda até 2SM	27%
Proporção de mulheres chefe de Domicilio	34%

Fonte: Pasta de Planejamento da U J.L. - 2002

*Refere-se a conjuntos de aglomerados subnormais, querendo dizer com isso, grupo de mais de 20 casas feitos com materiais diversos tipo maloca, com posse irregular do terreno e carências de infra-estrutura básica (sem água encanada, sem esgoto e /ou sem coleta de lixo).

**Sem água encanada dentro de casa.

***Banheiro sem descarga.

***Sem coleta regular de lixo.

Na área da saúde, temos os seguintes indicadores:

Tabela 11. Indicadores de Saúde da Unidade Jardim Leopoldina- 2002 /2000

Cobertura de Pré-Natal	92%	60%
Cobertura Vacinal	113%	90%
Crianças desnutridas Crianças em acompanhamento de puericultura Crianças com risco à saúde*	? 100% 30%	17 140 129
Número de hospitalizações em menores de 18 anos		12 por mês
Cobertura de CP	77%	70%
Número de pacientes com AIDS	?	13
Hipertensos	?	13%
Diabéticos	?	3%

3.3.3.2 O grupo de convivência do Jardim Leopoldina e o processo de avaliação da cartilha.

A avaliação da aplicabilidade do material se deu no “Grupo de Convivência”, integrado por mulheres acima de 50 anos (a chamada Terceira Idade), que se reúne semanalmente, no posto, há mais de dois anos. A seguir, faço uma caracterização do grupo através dos dados quantitativos coletados, conforme fiz nas outras observações.

Tabela 12 . Dados sócio-demográficos das participantes do grupo do Jardim Leopoldina.

		P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Prof1
Idade	88	69	73	53	64	69	61	71	58	54	27
Est. Civil	Viúva	Solteira	Solteira	Separada	Viúva	Casada	Casada	Casada	Separada	Solteira	Solteiro
Tempo	50ªnos	-	-	2anos	7anos	37anos	40 anos	25 anos		-	-
Filhos	3	0	0	2	4	1	3	3	0	0	0
Uso Preserv	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim
Tempo	-	-	-	-	-	-	-	-	1 ano	-	9anos
Escolaridade.	2º.grau	8ª.série	4ª série	3º.Grau	3º Grau	4ª série	4ª série	3ª série	3ª série	2º Grau	3º Grau
Atividade	Aposentada	Aposentada	Cabeleireira	Vendas	Aposentada	Aposentada	Aposentada	Dona de casa	Aposentada	Serv. Gerais	Médico Resid.

		P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Prof1
Renda Famil.	R$ 1.200	R$ 300	R$ 500	R$ 800	R$ 1300	R$ 1300	R$ 400	R$ 600	R$ 350	R$ 300	R$ 1400
Tempo no bairro	15 anos	15 anos	Não respondeu	23 anos	14 anos	24 anos	10 anos	6 meses	12 anos	13 anos	2anos
Unid. Consulta	Leopol.	Leopol	Leopol	Leopol	Plano de Saúde	Leopold	Leopol	Leopol.	Leopol	Leopol	
Cor	Parda	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Parda	Parda	Branca

Analisando a tabela, observo o seguinte: o grupo do Jardim Leopoldina foi o que tinha maior número de participantes, assim como foi o único grupo coordenado por um homem, o mais jovem de todos os profissionais, fato este relacionado a ele ser residente do segundo ano do SSC.

Por se tratar de um grupo de convivência da chamada Terceira Idade, as participantes têm o seguinte perfil etário: seis das 10 participantes tem mais de 60 anos; três, acima de 50 anos; e três, acima de setenta anos. Os extremos de idade se situam entre 53 e 88 anos.

A participante de 88 anos tem uma certa liderança no grupo e é tratada com muito respeito pelas outras, que sempre ouvem o que ela tem a dizer. Dona Rosinha se caracteriza pelo vigor que impõe às suas palavras ao resgatar sua longa experiência de vida, fazendo com que todos a ouçam com bastante atenção.

Outro aspecto que chama a atenção é a renda das participantes. Das dez, somente quatro tem como renda até $400,00; duas, entre R$ 600 e R$ 800; e três com renda acima de R$1000. Lembro que o grupo com menor renda familiar seriam os moradores do Cortiço do Jardim Itú, seguidos das moradoras da Vila Jardim e Aparecida, e o grupo com a maior renda é este, do Jardim Leopoldina, em concordância com os dados do IBGE para o bairro. Cabe ainda observar que, neste grupo, das três participantes que tinha a menor renda, duas eram pardas. Por outro lado, das três participantes que tinham renda maior que R$1000, duas eram brancas e uma parda, sendo que as mesmas tinham a maior escolaridade do grupo, uma com terceiro grau, outra com segundo grau completo e uma somente com o primário (equivalente à quarta série).

Quanto ao estado civil, o grupo se divide em 2 viúvas, 3 casadas, 2 separadas, e 3 solteiras, sendo que uma delas colocou, no decorrer do grupo, que nunca tinha mantido relações sexuais e se manteve em silêncio durante toda a reunião.

Chama a atenção também, o número de filhos das participantes. Somente uma delas tem 4 filhos; três tem 3 filhos; uma tem 2; e uma, 1 filho. Uma fertilidade concordante com a média nacional da época em que elas os tiveram. Também 4 mulheres do grupo não tem filhos.

Quanto à escolaridade, a metade das participantes (5) tem até a quarta série do Ensino Fundamental, o que as aproxima da escolaridade da maioria das participantes de todos os espaços educativos observados na aplicabilidade do material. Por outro lado, é de todos os grupos educativos observados o que conta com maior número de participantes com Ensino Médio (2) e Ensino Superior (3).

Quanto ao uso do preservativo, somente uma das participantes do grupo fazia uso regular da camisinha, que foi uma das entrevistadas. O profissional que coordenou o grupo também o fazia. Esse fato também se repete com a profissional que coordenou o grupo do bairro N.S. Aparecida.

Assim, chego na Unidade do Jardim Leopoldina em uma quinta-feira chuvosa às 14h30min, horário em que, conforme o combinado, seria o início da reunião. Dirijo-me à sala de grupos e encontro 10 mulheres conversando animadamente, trocando assuntos da semana: a festa no CTG freqüentada no fim de semana e a organização da próxima festa que é o aniversário de uma das participantes.

A reunião se atrasa em meia hora e, durante todo esse tempo, elas não param de conversar. Enquanto isso, converso com Jorge, que será o coordenador da reunião, e ele me relata que estão reunidos ele e os outros residentes “só agora”, para definir como será a discussão do material. Por isso, a reunião vai se atrasar.

Fico esperando, então, na sala de grupo e coloco informalmente a minha presença no local e os objetivos da mesma. Em seguida, entra Jorge e mais os outros residentes que coordenarão a reunião. A entrada deles é uma “festa”. Abraços e beijos por parte de todas as mulheres. Jorge é o “preferido”, e ele,

necessariamente, tem que cumprimentar cada uma delas, o que faz com muito carinho e, de forma pacienciosa, ouve cada uma das participantes. Todas querem falar ao mesmo tempo, e isso faz com que haja um burburinho na sala, me impedindo de entender o que cada uma delas está falando. Essa troca de abraços, palavras e cumprimentos para cada um dos residentes dura alguns minutos, e “é sempre assim”, segundo a fala de Jorge. Ele se sente muito bem com essa troca de afeto, palavras e preocupações cotidianas, colocadas logo que ele chega no grupo. Tudo isso é feito de pé, e aos poucos Jorge e as mulheres vão sentando. Então, ele inicia a discussão sobre a leitura da cartilha “Aprendendo com a Vida” e me pede para explicar o que estou fazendo nesta reunião.

Após a minha conversa, Jorge começa a explicar a dinâmica de leitura, que será feita a partir da adoção de uma personagem da cartilha por cada uma das participantes. Ou seja, cada mulher irá ler as falas da sua personagem. Começa a leitura e é a maior confusão. As mulheres não entendem, pulam as personagens, Jorge explica de novo, mas não é possível continuar, já que as mulheres só ficam procurando as suas personagens e suas respectivas falas, não acompanhando a história como um todo. Assim, no meio da leitura, vendo que era impossível continuar, Jorge suspende a dinâmica proposta e sugere que se faça uma leitura “corrida” pelos balões das falas. É feita a leitura de toda a cartilha, e as mulheres conseguem acompanhar a história apresentada. Elas, no decorrer da leitura, fazem comentários, concordam, mas a leitura somente é interrompida quando se chega no final da cartilha.

3.3.3.2.1 A discussão sobre as dificuldades do uso do preservativo masculino na terceira idade a partir da leitura da cartilha.

Os primeiros comentários que surgem são sobre a dificuldade de utilizar a camisinha com homens de mais de sessenta anos. Os comentários estão relacionados com o quadro 4, p. 1 da cartilha “Aprendendo com a Vida”.

Figura 6. O problema é que eles não gostam de usar. Cartilha Aprendendo com a vida , pg. 1.

As mulheres que estão sem parceiro fixo no momento (separadas e viúvas) referem que os homens, de forma geral, não querem usar porque interfere na ereção. Relatam que o problema da ereção é um “tabu” entre os homens de mais idade, já que eles não reconhecem essa dificuldade. Ao contrário das mulheres, que podem ter uma relação “normal”, independente da idade, no homem, a questão da ereção é bastante delicada e bem pouco falada. Muitas referem ter passado por situações embaraçosas, já que o desejo dos homens não muda com a idade. Porém, há dificuldade de penetração, tendo em vista que a ereção é

mantida por curto período. Elas falam que os homens usam outras desculpas para não usar a camisinha, como “é como chupar bala com papel”, mas, na verdade, o principal motivo é que interfere na ereção:

“aí, eu falei pra botar a camisinha, e ele disse que aquilo era chato, que ia brochar, mas aí eu disse pra ele que eu não conhecia ele, que a gente tinha que usar, mas eu vi que ele não tinha ereção pra tanto. Mas a gente transou, mas, como vou dizer, sem penetração, porque ele não tinha ereção, sabe?... E agora vou fazer o quê ?”

(C., 58 anos, dona de casa, P9 no quadro geral)

“Eu não uso camisinha, ele não tem condições de colocar camisinha, ele tem 68 anos, mas confio nele, ele é uma pessoa direita, acho que ele só transa comigo, claro que a gente não pode colocar a mão no fogo, né?, mas se ele colocar camisinha não tem mais ereção, ele não consegue... A ereção dele é muito boa, mas como vou dizer... mais rápida, pouco tempo, ela vai e vem, é assim, a gente tem que se acostumar com isso, não adianta namorar um homem mais novo só por isso, o homem é um conjunto... Já para a mulher é mais fácil, vamos dizer, se a mulher tiver que fingir, o homem não consegue porque a gente vê, o homem não consegue...” (G., 64 anos, P5)

Essas falas nos levam a pensar no quão limitado é o leque de opções. Ou melhor, a única opção disponível em larga escala e com acesso gratuito é o preservativo masculino, tanto para essas mulheres, quanto para os casais heterossexuais em geral. Sabe-se que o número de caso de AIDS entre pessoas acima de 60 anos tem aumentado , mas, mesmo assim, o número é muito pequeno em relação a outras faixas etárias, principalmente entre jovens até os 19 anos e homens e mulheres entre 35 e 49 anos, que é a faixa etária em que, majoritariamente, a epidemia se concentra.

A situação vivenciada pelos homens e mulheres acima, principalmente, de 60 anos também é silenciada ou pouquíssimo discutida. Considera-se, de forma geral, esta população assexuada ou com as mesmas dificuldades do uso do preservativo que as outras faixas etárias, o que não se confirma nas falas dessas mulheres.

No entanto, também outros fatores permanecem reforçados por essa dificuldade orgânica, como são as relações de gênero. Nelas, amar e confiar no parceiro com quem se tem relações sexuais superam o “possível risco” que elas possam ter ao realizar sexo não seguro. Essa situação vivenciada de forma limite nos casais de terceira idade nos remete à urgência de possibilitar o acesso a outras opções preventivas para as ISTs/HIV/AIDS.

É claro que o fato de ter mais opções não significa que sejam feitas todas as negociações necessárias para fazer sexo seguro, mas, com certeza, isso ampliaria as possibilidades de fazê-lo. Especificamente as mulheres de terceira idade colocam claramente a principal opção, em relação ao uso do preservativo

masculino, é “se arriscar”, tendo em vista que manter relações com preservativo interfere significativamente na ereção. Essa “opção de se arriscar“ é feita pela maioria das participantes de terceira idade, dos grupos observados (aqui incluímos as mulheres do bairro Aparecida, que será descrito posteriormente). A outra opção de sexo seguro é praticar uma relação sem penetração, opção feita por muitas delas, ou finalmente a abstinência sexual, proposta por algumas, que leva ao sofrimento e frustração. A seguir, coloco algumas falas que ilustram estas situações:

“eu disse (pra ele) porque eu não te quero só pra cama, o dia que tu não tiver mais ereção, a gente vai conversar isso aí... a gente não vai fazer como uma amigas minhas falaram, e pode acontecer comigo também de tu não ter ereção e vem pra perto da mulher e começa a tentar a penetrar aquilo sem, sem (ereção)... sem fica machucando a gente, forçando, judiando da gente um monte, todo mundo comenta isso aí, as mulheres se queixam disso ai ... Aí, notei que ele não tem ereção suficiente para botar uma camisinha...” (C., 58 anos,aposentada,JL)

“- A única alternativa que tem é a gente se arriscar.

- *Se arriscar a senhora diz transar sem camisinha?*
- *É porque se ele não quer usar camisinha, e a gente não quer sem camisinha, ele vai procurar na rua, porque na rua ele pega sem*

camisinha... porque os homens mais antigos não usam camisinha de espécie nenhuma, eles são contra a camisinha, porque machuca, tira a sensação e o meu ficou brocha, ele nunca mais quis saber...” (L. 62 anos, costureira, NSA)

“Quem quiser (sexo) tem que se arriscar.... Aí, pega em todo mundo. Ou então ficar como eu fiquei, eu parei (de ter relações sexuais com o meu marido), porque ele não é santo, ele não queria usar camisinha, eu já meio problemática, desisti não quero mais e pronto,...não foi uma opção. Optei por ficar sem do que me arriscar, achei melhor... É um sacrifício, graças a Deus, hoje em dia não faz falta, na época foi difícil, mas a gente supera... Ele tem outras mulheres, a gente não se entendia nas coisas de sexo... A gente agora está bem assim...” (l. ,62 anos, costureira, NSA)

“os homens mais velhos não querem usar... Eu disse pra ele depois da reunião, vamo usar só pra ver como é, aí ele disse que tava velho pra isso, que ele não usava. Por isso que eu acho que tem que começar nos jovens. Eu falo para meus netos... Com ele tenho que me arriscar, mas eu não penso nisso, tenho 63 anos ...” (L. 63 anos, comerciante, NSA.)

Na verdade, entre outras coisas, o que essas mulheres podem estar nos dizendo é que há necessidade de outros métodos de barreira que alarguem o leque de possibilidades de fazer sexo seguro. Sobre a questão, a camisinha

feminina é apontada como uma das mais seguras (Barbosa ,2003), mas também uma das mais caras, já que custa em torno de 9 vezes mais que o preservativo masculino, o que dificulta a sua distribuição com continuidade nos serviços públicos.

Apesar disso, a aceitabilidade, pesquisada por diversos estudos, varia de 40% a 75% das mulheres estudadas, que utilizariam este método para a prevenção das ISTs/HIV/AIDS. (*idem*).

A oferta e discussão de outras tecnologias para a prevenção dessas doenças tem sido bastante discutida, e elas tem como objetivos finais ampliar as possibilidades de negociação do sexo seguro, já que se supõe que, quanto maiores as opções, há uma maior facilidade de prevenção. Nesse sentido, Barbosa (2003), baseada em revisão bibliográfica, destaca a idéia de se trabalhar com um modelo preventivo com diversas opções de sexo seguro, o que facilitaria a adesão ao sexo seguro em si. Torna-se mais fácil porque várias opções, mesmo que os números indiquem o aumento do uso do preservativo na população como um todo, de aderir a um único método preventivo.

O estudo em curso, em Nova York, EUA, tem demonstrado que *“é muito mais viável ser aderente ao modelo do que ao uso de um único método”* (Barbosa, 2003:363) . Assim, as opções de sexo seguro seriam as seguintes:

Tabela 13. Modelo hierárquico de prevenção de ISTs/HIV/AIDS

Mais eficaz

Abstinência sexual
Sexo não penetrativo
Condom masculino
Condom feminino
Microbicidas
Diafragma e capuz cervical com microbicidas
Coito interrompido

Menos eficaz

Fonte: Barbosa, 2003

Esse modelo, que tem nas suas bases um modelo comportamental, pode ser discutido com a população para ver as possibilidades de sua aplicabilidade no cotidiano dos casais. Acredito que algumas mulheres do Jardim Leopoldina, devido às dificuldades já discutidas, se utilizem desse modelo empiricamente, baseadas nas suas vivências e experiências com os vários companheiros que tiveram no decorrer das suas vidas.

Às mulheres participantes destes dois grupos (Leopoldina e Aparecida) onde se concentraram as mulheres acima de 50 anos, assim como nos outros bairros, foi proposta a discussão de possibilidades de uso da camisinha feminina. A curiosidade e o interesse foram grandes, já que a grande maioria desconhecia o método. Lamentavelmente, eu não pude acompanhar as discussões que se deram

em cada um dos grupos, assim só tenho retornos esparsos e verbais desse processo.

Também, o cartaz elaborado pelo grupo de mulheres e profissionais do Jardim Itú, que trata justamente dos problemas e dificuldades que vivenciam os casais heterossexuais dessa faixa etária e propõe ainda como possibilidade uso do preservativo feminino, não foi avaliado, o que me impossibilita de fazer reflexões mais aprofundadas sobre o assunto.

3.3.3.2.2 A discussão sobre fidelidade e infidelidade a partir da leitura da cartilha.

Depois da discussão sobre o uso do preservativo masculino, elas começam a contar as suas vivências relacionadas com infidelidade/fidelidade (principalmente a partir da p. 7 da mesma cartilha), embora, na verdade, essas histórias tenham sempre sido citadas nas conversas das mulheres.

Figura 7. Tem a fé cega... Cartilha “Aprendendo com a Vida” , p. 7

As mulheres se reconhecem nesse quadro, dizendo que a mulher fantasia, se envolve em sentimentos e não consegue ver a realidade. Referem que essa situação é muito comum, a ponto de que, se não for com elas próprias, provavelmente tem uma situação semelhante na família ou nas amizades próximas. A fala a seguir nos mostra essa realidade:

> *"- A minha irmã, chega de ver ela sofrer. Eu vi meu cunhado com outra mulher. Aí, eu perguntei pra minha irmã, cadê meu cunhado? Tá trabalhando até tarde...ele tava com outra mulher, tava com outra que trabalhava na mesma rua dele. Era natal e ele não chegava. tava no restaurante com a amante, horrível, eu nunca vi uma pessoa assim...*
>
> *Nem me fala."*
>
> *(Falas das mulheres do Grupo do Jardim Leopoldina)*

Observo que foi nesse grupo que o tema foi amplamente conversado, e nove das dez participantes tinham vivenciado a situação da chamada "infidelidade" por parte do parceiro. Essa situação se repetiu também com todas as mulheres do grupo da NSA. As histórias relatadas trouxeram, para as participantes ,momentos de emoção, raiva e resignação, compartilhados por todas. Nesse grupo, assim como no da NSA, observamos casamentos de longa duração e mulheres acima de 50 anos, fatores que podem explicar, em parte, o grande sofrimento que tais experiências provocaram nestas mulheres. Nos dois grupos, observei que este tema não é ressignificado pela maioria das mulheres. O sofrimento e principalmente a resignação fazem com que a situação de infidelidade seja

também silenciada e não discutida entre os casais dessa faixa etária. Tal silêncio traz consigo, também, uma raiva subliminar em relação ao companheiro. São esses os sentimentos em relação à infidelidade vivenciados pela maioria das mulheres destes grupos. (Leopoldina e Aparecida).

Já entre as mulheres que participaram dos grupos da Vila Jardim e do cortiço do Jardim Itú e, principalmente, aquelas que usam preservativo nas suas relações sexuais, há um processo de ressignificação e mudança nas relações entre os parceiros onde a conversa vem substituindo o silêncio em relação ao assunto fidelidade/infidelidade.

As mulheres destes dois grupos observados (Aparecida e J.Leopoldina) têm grandes dificuldades de acreditar no diálogo entre os parceiros. A maioria delas acredita que *"o homem é assim e não vai mudar",* assim como a mulher *"tem que saber que é assim e que sofrimento faz parte"* , naturalizando as relações entre o casal e cristalizando os papéis determinados cultural e socialmente. As falas das mulheres nos mostram tal dificuldade.

Mirta, de 53 anos (P4), é a primeira a se manifestar e relata a seguinte história:

> *"Sou separada. Me separei há três anos. Tinha 28 anos de casamento e 5 anos e meio de namoro. Era muito bom. Até 1998, quando ele por motivos de trabalho foi para São Paulo. Ia e vinha, toda hora, mas de repente ele disse que tinha se juntado com outra mulher lá....meu mundo veio para baixo, minha auto-estima ficou muito ruim, foi muito dolorido. Ele*

foi meu primeiro namorado e meu único homem... tinha 21 anos quando casei com ele..”

Já Célia (P9) fala :

“Agora eu vou falar bastante... Meu primeiro marido, ele era muito bom de sexo, de manhã, de tarde de noite mas ele não trabalhava. Tudo eu tinha que pagar. Fiquei oito anos com ele e decidi que era a hora de mudar... não dava, até a conta da luz eu tinha que pagar. Passaram 8 anos e me apaixonei por um velho, tinha 61 anos. Ele trabalhava e eu trabalhava, a gente se dava bem em tudo. Aí me acidentei, tive um acidente feio. Me atropelaram. Estava dois anos com ele... Eu já estava quatro meses de muleta e com gesso na perna e no braço e um dia ele não veio dormir, no outro saiu de manhã e não voltou... me deixou sem comida dentro de casa. Eu de muleta, toda enrolada no gesso, me deixou sem nada... Levei sete meses pra tirar o gesso na perna, pra mim sentir mulher de novo, trabalhar de novo, dançar de novo, me sentir gente de novo, três anos eu levei, eu sofri muito...”

Conforme revisão da literatura (Roso,1998; Barbosa,1997) e dados do Ministério da Saúde, estima-se que um quinto dos homens com parceiras estáveis tenham pelo menos uma relação extraconjugal por ano. Pesquisas recentes (MS 2002) mostram que 76% dos homens mantém relacionamento monogâmico e 23%

deles mantiveram uma relação extraconjugal nos últimos três meses. Já em relação às mulheres, apenas 1,2 % delas afirmou que teve um relacionamento fora da relação estável no último ano, aumentando para 5,8%, durante algum momento do relacionamento.

Assim, através dessas estatísticas, observo um padrão que se repete nas falas das mulheres: parte dos homens são infiéis.

Isso também é vivenciado por outras mulheres (Barbosa,1997), que reafirmam que a fidelidade em um relacionamento estável é fundamental. Ao mesmo tempo, elas sabem que o marido é infiel ou poderá sê-lo. A maioria delas não fala sobre o assunto com o companheiro, a não ser em situações que levam à separação, como foram as situações relatadas acima pelas mulheres do grupo do Leopoldina.

De onde vem então, essa cobrança de fidelidade para as relações estáveis? Como se construiu o casamento monogâmico?

Essas perguntas nos fazem voltar séculos atrás na história, mais precisamente ao século XIII, quando a Igreja católica, na Europa, começa a impor o casamento monogâmico, tendo em vista o controle político de alianças entre a realeza (Chauí,1984:95). Porém, a questão de somente ter uma parceria não garantia a característica do casamento ser indissolúvel. Por isso, através da história, a Igreja católica também vai impondo essa característica ao casamento.

Assim, no Renascimento Europeu, junto com essas normas do casamento, a Igreja desenvolve uma “teologia sexual” (Chaui,1984) para manter o controle e a repressão da sexualidade, principalmente a feminina. É estabelecido que a mulher deve cumprir com “seu dever conjugal” para satisfazer o homem, já que o casamento, na época, é considerado um “remédio” para regrar o sexo e a

sexualidade masculina porque se acreditava que a sexualidade e o desejo eram masculinos. O controle do desejo sexual masculino, através do casamento, não teve o devido eco entre os homens, mas influenciou profundamente a vida sexual e amorosa das mulheres.

Assim, é construído historicamente que o papel da mulher no casamento é de obediência e passividade e também de controle dos “impulsos” sexuais do marido. A Igreja católica, com a sua ideologia sobre o casamento, domina a sociedade ocidental com a sua visão dicotômica, em que o amor está ausente e o relacionamento sexual dos casais é visto de forma negativa, substituindo o prazer da relação sexual, ora pelo dever, ora pela necessidade de procriação.

Essa visão muda oficialmente no início do século XX, quando no cotidiano dos casais já predominava o amor romântico. A Igreja começa a incluir o amor no relacionamento dos casais, mas com uma visão dicotômica entre o amor profano (que incluía a sexualidade) e o amor divino (que a excluía). *“Como o amor profano a ser afastado e como amor divino a ser cultivado.” (Chauí, 1984:102)*

O amor divino começa a ser gestado a partir do século XVII, quando começa a ser incluído no ideal de relacionamento entre os casais. Assim, surge o chamado amor romântico, que tinha como objetivo combater a luxúria, os excessos, o amor profano e o amor apaixonado entre casais heterossexuais. Nesse amor romântico, o que importa é o amor que predomina sobre o ardor sexual. (Giddens,1992) .

O que interessa é a comunicação das “almas”, encontrar o “príncipe encantado” ou uma princesa que será mãe dos seus filhos, esposa dedicada e casta, restrita ao lar. É preconizado um encontro de almas entre duas pessoas

respeitáveis. (Giddens,1992:57). Esse tipo de amor tem o seu apogeu no século XIX, quando também todos os comportamentos, inclusive a literatura, são voltados para esse tipo de relacionamento amoroso.

"O amor romântico é incompatível com a luxúria (...) porque presume uma comunicação psíquica, em encontro de almas que tem um caráter reparador" (Giddens, 1992:56)

Esse tipo de amor está arraigado nas conversas das mulheres do grupo do Jardim Leopoldina.

Para elas, amor é um encontro de almas e, por isso, o sexo faz parte do encontro, mas aqui se evidencia a contradição desse amor, pois o mesmo inclui a passividade e a resignação. Ou seja, o amor romântico inclui também um forte controle da sexualidade feminina através do chamado "sexo por amor". Por isso, o comportamento infiel do companheiro se torna incompreensível:

> *"Existe o amor em tudo, existe amor em nossa amizade, amor numa flor, tudo isso precisa amor, porque a base principal é o amor, agora o amor verdadeiro de um homem para uma mulher, de uma mulher para um homem, esse não tem substituição, e se eu amar alguém eu jamais vou olhar par o lado direito, esquerdo com segunda intenção, eu tenho aquilo dentro de mim, aquele verdadeiro amor, <u>aquela coisa pura</u>... Eu agora sou viúva, mas nunca mais namorei ninguém, nunca mais tive ninguém, não tenho vergonha de dizer que choro até hoje por ele..."*
>
> *(R. 88 anos, viúva há 35 anos).*

Na fala de dona Rosinha, podemos ver claramente vários princípios do amor romântico: o amor sublime, o amor eterno, idealizado e assexuado. O casamento para dona Rosinha, ao que parece, foi estruturador da sua vida como mulher, já que uma vez viúva, continuou casada. Isso mudou consideravelmente nas mulheres mais jovens. Hoje, não há mais essa cobrança cultural de se manter casta por um marido que já se foi, mas muitas mulheres, mesmo as mais jovens ainda vêem o casamento ou uma união estável como o eixo estruturador da sua vida.

A fala de dona Rosinha foi aplaudida com entusiasmo pelas mulheres, e muitas se sentiram à vontade para falar sobre como viam um relacionamento amoroso, sempre indo em direção à importância do entendimento das almas deixando de lado a sexualidade, o prazer.

> *"eu acho que não, sexo não é o mais importante, eu acho que é amizade, o carinho é a compreensão, o companheirismo (...)Agora estou vinte anos casada com meu marido, sexo faz parte do relacionamento de duas pessoas, mas não é o mais importante..."*

Uma outra característica do amor romântico, mas principalmente nas mulheres de todas as idades, é que há uma idéia de romance, no sentido de se construir uma história de longa duração, onde um dos seus principais objetivos é uma relação estável. Mesmo os jovens, com toda a liberdade sexual existente, utilizam as experiências sexuais para procurar o companheiro/a ideal.

“o romance liga a sexualidade a um futuro antecipado, em que os encontros sexuais são vistos como desvios no caminho para um relacionamento amoroso definitivo”.(Giddens,1992: 60).

Esta idéia de construir um romance, controlar o futuro, se confirma na fala de C:

“porque eu quero uma pessoa para morar junto, eu quero passar o Natal, o primeiro do ano, aniversário, dias das mães, tudo junto comigo.” (C. 58 anos, separada, aposentada).

Assim, nessas mulheres, mesmo tendo a liberdade sexual (como é o caso das viúvas e separadas), de poderem e desejarem procurar um outro companheiro ou outras experiências de relacionamentos, o amor romântico persiste, não na totalidade de sua caracterização, mas de forma fragmentada em alguns comportamentos ou expectativas de um relacionamento a dois.

É isso que observo na fala das mulheres do grupo do Jardim Leopoldina e de N. Senhora Aparecida e em algumas mulheres participantes dos outros grupos. No entanto, entendo que essa construção afetiva se dá dentro de um relacionamento. Por isso, a participação masculina é fundamental. As mulheres desse grupo tem uma visão “negativa” em relação à liberdade sexual permitida aos homens. Acreditam que todos os homens são sem-vergonha e que, mais cedo ou mais tarde, terão uma relação extraconjugal e a mulher deverá “fechar o sol

com a peneira", "fantasiar", idealizar, já que afinal ele tem outras qualidades que fazem com que o problema seja "suportado".

Há, entretanto, situações que fazem a mulher falar sobre isso, que geralmente levam a uma ruptura da relação: quando o homem constitui uma outra família e aí se inclui outros filhos; quando o homem não cumpre com suas "obrigações" de provedor econômico; e quando é transmitida uma DST, com complicações mais severas, como uma infecção pélvica ou um câncer de colo do útero, através do HPV.

Mas e os homens, o que pensam sobre o amor romântico? O que cabe a eles nessa construção relacional?

Isso não foi discutido no grupo, já que o único homem participante era o profissional que coordenava a reunião, e ele não questionou essa visão feminina nem colocou a sua discordância ou não em relação ao que era colocado no grupo, o que demonstra, também, uma fragilidade metodológica do coordenador, tendo em vista que, em determinados momentos, as falas das mulheres em relação aos homens eram bastante agressivas e depreciativas em relação à masculinidade, e isso não foi problematizado por ele.

Através de uma breve revisão bibliográfica (Silva,2002; Giddens,1992; Olavarria,1999) obtenho algumas pistas de como os homens se percebem dentro do amor romântico.

De forma geral o homem, principalmente de baixa renda, se percebe como o provedor econômico "natural" da família considerando a mulher como uma "ajuda" ao seu sustento. Muitos deles falam com orgulho disso e fazem questão que continue assim, ,já que isso permite que ele tenha um comando, isto é, uma

relação hierárquica com a esposa. A relação de provedor está diretamente relacionada, segundo os homens, com o dever conjugal que cada um tem no relacionamento e que são os estruturantes de gênero do amor romântico: o homem estrutura o seu mundo na rua, no espaço público e no trabalho, adquirindo status por seus ganhos materiais e também pelas suas conquistas amorosas fora do espaço conjugal privado. O homem, segundo os autores citados, considera “natural” o fato de ter outras parceiras além da esposa, por haver, ainda, uma diferenciação entre o sexo feito dentro de casa e o sexo feito na rua.

Para os homens, fidelidade é importante no relacionamento, é uma regra para a maioria deles e é uma das cláusulas implícitas do contrato de casamento ou da união consensual. Porém, a infidelidade é necessária ou se faz presente por diversos motivos. Os principais deles são: quando a esposa não cumpre com o seu “dever” conjugal, ou seja, não quer (“evita”) manter relações sexuais com o companheiro pelos mais diversos motivos; quando a esposa não se esforça em ser criativa ou sedutora no ato sexual; quando o homem é abordado por outra mulher, e ele não pode evitar outros relacionamentos, pois isso estaria mexendo com a sua própria imagem de homem. Ou seja, ele necessita ter relações com outras mulheres se não deixará dúvidas quanto a sua masculinidade heterossexual. As “aventuras sexuais” não são consideradas como infidelidade pelos homens, já que eles não estariam traindo os sentimentos da sua relação conjugal onde o companheirismo, o amor, o respeito e a consideração são sentimentos possíveis somente na relação estável e não são procurados nas outras relações .(Silva, 2002)

Ao mesmo tempo, o homem valoriza muito o prazer sexual com a sua parceira fixa, desde que siga os aspectos citados acima. Se tais requisitos são cumpridos, o homem entende o relacionamento sexual com a sua parceira como fonte de prazer e não de obrigação. Isso é observado em todas as faixas etárias, mostrando uma diferença entre as mulheres, principalmente entre aquelas acima de 50 anos, que vivenciam o sexo também como obrigação matrimonial.

Em relação ainda à infidelidade, nenhum dos homens entrevistados no estudo de Silva (2002) acredita que a sua parceira fixa possa ter alguma aventura extraconjugal. Portanto, o “perigo” de contrair uma IST /HIV /AIDS estaria em um relacionamento extraconjugal masculino. Todos os homens entrevistados nesse estudo relataram que usam e usariam sempre nas suas relações extraconjugais o preservativo. Já na sua relação estável, somente se houvesse algum problema com os outros métodos anticoncepcionais. O primeiro fato já demonstra uma mudança importante em relação ao cuidado, antes inexistente, em relação a relações extraconjugais, o que pode ou, quem sabe, deve ser uma das estratégias estimuladas para os casais heterossexuais.

Essa estratégia, sugerida nas cartilhas, possibilita conversar sobre o assunto fidelidade x infidelidade no casamento, ainda bastante silenciado entre os casais , além de oferecer uma alternativa para os casais heterossexuais que conversam e discutem a sua sexualidade de forma madura e construtiva e que não querem utilizar o preservativo como método anticoncepcional ou nas suas relações sexuais conjugais.

Todavia, como coloquei anteriormente, o uso do preservativo como método anticoncepcional é uma das estratégias sugeridas pelas mulheres que utilizam o

preservativo em todas as suas relações com o parceiro fixo, e isso deve ser estimulado já que favorece uma dupla proteção. Por outro lado, a estratégia é completamente ineficaz para os casais de terceira idade, pois não existe possibilidade de que essas mulheres engravidem. Assim, nessa faixa etária, a negociação de uma estratégia preventiva se faz necessária, e isto, como vimos nos relatos que já coloquei, é muito mais difícil do que para as mulheres jovens, devido a dois fatores principais. O primeiro deles é por motivos orgânicos masculinos, que inibem a ereção com o uso do preservativo masculino. O segundo se deve a que as relações de gênero, estabelecidas dentro de um padrão romântico, estão muito mais cristalizadas nessa faixa etária, dificultando para a mulher a negociação do uso do preservativo. Ela opta então por outras estratégias preventivas, citadas aqui, que muitas vezes podem levar à frustração sexual, o que novamente é justificado pelo modelo, ou seja, o importante é o amor e o companheirismo, *"o sexo, principalmente para nós velhos é secundário."*

Das mulheres entrevistadas no Jardim Leopoldina, assim como no grupo, poucas são as vozes dissonantes desse modelo. Porém, observei que as mulheres viúvas e separadas estão à procura de um companheiro estável a união de sexo, amor e prazer também está em pauta para elas. Ou seja, há indícios de fragmentação do amor romântico principalmente naquelas com maior escolaridade e renda do grupo, como observo na fala a seguir:

> *"eu sempre apoiei sexo antes do casamento, porque o sexo é tudo na vida a dois, o que move é o sexo. Fora disso, não adianta nada, não adianta beijinho, não adianta abracinho, é o sexo, esse e a base principal*

da vida a dois. Queiram ou não queiram aceitar, a verdade é essa, posso tá errada, mas pra mim, eu acho que é...” (L. , casada, ...).

A fala transcrita provoca uma enxurrada de comentários das mulheres presentes, todas negando a fala desta participante. É retomada novamente a discussão das diferenças masculinas e femininas em relação ao relacionamento estável entre homens e mulheres e como é vivenciado, bem como a importância dos outros valores no casamento.

Para amenizar esta discussão bastante ardorosa entre as mulheres, Mirta coloca a seguinte fala, que causou um impacto reflexivo nas mulheres:

“ – Somos diferentes por natureza, somos diferentes, se nós começarmos por aí, de repente nós entendemos mais e melhor. Somos anatomicamente diferentes, fisiologicamente diferentes, psicologicamente diferentes, então de repente a gente precisa se informar mais sobre como funciona essa cabeça dos homens, como funciona, e os homens se informarem mais sobre nós, pra darmos certo, porque como somos diferentes já é muito difícil. Ali, a cartilha diz, aprendi de berço, de berço, nós somos educados em conceitos, em preconceitos, né?, então se já vamos assumir famílias estruturadas diferente, com um nível de educação diferente, com um nível sócio-econômico diferente, já vamos ter uma dificuldade de entendimento na vida a dois. Ainda não assumimos que somos seres humanos diferentes, não para justificar essa atitude dos homens, não é essa a minha intenção, não quero justificar que eles vão realmente atrás de uma saia, eu quero entender

isso, sabe, então eu acho que por aí, nós começamos a entender as nossas diferenças e nos relacionarmos melhor, porque só dizermos que vão, já sabemos que vão atrás de outra mulher, ou mais bonita, ou mais interessante do que nós, né? Só que eu acho que nós temos que entender o porque isso acontece. Isso é questão de cultura também, foram criados assim, desde crianças."

Esta fala que propiciaria discutir profundamente as relações estáveis entre homens e mulheres não o foi no momento do grupo. Porém, a partir dessa fala, as mulheres colocaram que, com seus filhos e filhas e sobretudo com os seus netos, elas tentam conversar sobre o assunto para tentar mudar alguns aspectos que elas não conseguiram mudar, principalmente em relação ao uso do preservativo nas relações sexuais, mas destacam que não é fácil porque as famílias, de forma geral, não estão acostumadas a conversar sobre o tema.

Logo após essas falas, a reunião é encerrada e se combina um próximo encontro com os profissionais do posto, em 15 dias.

3.3.3.2.3 O processo de avaliação das cartilhas a partir das entrevistas individuais – o amor romântico em Giulia, Mirta e Célia.

Vejamos então o que cada uma das entrevistadas tem a dizer a respeito das cartilhas. Lembro novamente, que todas as entrevistas foram feitas na

Unidade de Saúde por opção das próprias entrevistadas, o que me impediu de conhecer o seu local de moradia.

A minha primeira conversa foi com Giulia (P5 no quadro geral). Ela é italiana e mora, desde 1951, no Brasil, quando chegou com 13 anos. Refere que é de uma região do norte da Itália, que, quando findou a Segunda Guerra Mundial, foi anexada para Iugoslávia, atualmente Croácia. Depois dessa anexação, eles perderam tudo e tiveram que ir para um campo de refugiados, onde ficaram alguns anos até que o pai decidisse emigrar para o Brasil. Eles chegaram diretamente para Carazinho - RS, mas como não havia trabalho para a mãe e a irmã mais velha se mudaram para Porto Alegre.

Aos16 anos, casou com um imigrante alemão, com o qual teve quatro filhos. Com 15 anos de casada, ou seja, aos 31 anos de vida, o marido foi embora e casou com outra mulher. Até os 48 anos, "f*iquei sozinha, sem ninguém, criando e casando os filhos",* quando ele voltou e pediu para se casarem de novo. Ela aceitou, e ficaram juntos até ele morrer, há sete anos atrás. Refere que o "segundo casamento" foi melhor que o primeiro, mas que ele era uma pessoa "difícil", não querendo falar sobre isso. Quando ela enviuvou já moravam na casa em que eles construíram no decorrer do seu segundo casamento. Agora, ela refere estar bem e se ocupa todas as tardes indo para o Centro Vida (centro cultural e de lazer da Zona Norte de Porto Alegre), para as reuniões do grupo de convivência do Posto Jardim Leopoldina ou para o bazar da Igreja Católica das proximidades, onde as mulheres realizam trabalhos de tricô, crochê e costura para doar a entidades assistenciais no Natal.

À noite, faz tricô assistindo filmes em italiano na televisão para não esquecer a língua materna, já que, desde que a sua irmã faleceu, há 6 anos, não fala com mais ninguém nesse idioma. Relata que também gosta muito de dançar, o que faz duas vezes por semana, com seu atual namorado. Eles dançam músicas de antigamente, como valsa, tango e samba. Conta que mora, há 14 anos, no Jardim Leopoldina e gosta muito de morar no bairro, já que pode ficar perto dos filhos e dos netos.

Quanto às reuniões do grupo, no posto, refere que gosta de participar porque é uma forma de sair de casa, sair da rotina, mas principalmente pela troca de experiências que acontece com as outras mulheres.

> *"Quando chego em casa, eu já ponho meu pijama, aquelas horas se passaram... A gente convive com as pessoas, então cada uma conta a sua experiência, a gente senta do lado da pessoa e vai saindo a conversa, vai contando uma coisa e outra e a gente vai somando, tendo mais experiência através dos outros, é muito bom o grupo aqui..."*

Para ela, é fundamental ouvir o que as outras pessoas falam porque se considera mais reservada, com dificuldade de colocar as suas coisas no grupo. Por isso, *"eu gosto, porque tem coisas que eu jamais vou falar no grupo, teve até na reunião que a Célia falou, essas coisas, de camisinha, eu jamais poderia falar, mas ela disse coisas que eu gostaria de ter dito. Aí eu penso sobre isso."*

Ela conta que, desde que o seu marido faleceu, teve cinco namorados. Atualmente, está com aquele de quem ela gosta mais dentre todos os que já teve. Ele foi o terceiro após a morte do seu marido, mas em seguida se separaram, se reencontrando, há quase um ano atrás. Ela não pensa em casar com ele porque gosta de morar sozinha, fazer as coisas do seu jeito e acredita que, se for casar com ele, não vai dar certo. O namorado concorda com essa situação, e eles preferem continuar o namoro a se casarem.

Giulia diz que nunca usou preservativo nas suas relações sexuais, a não ser com seu marido. Refere que ficou muito preocupada com as conversas da reunião da qual participou, já que não tinha idéia do crescimento do HIV entre as pessoas acima de 60 anos, faixa em que ela e o companheiro se situam. Porém, concorda com os comentários das mulheres de que os homens teriam dificuldade de usar camisinha por causa de dificuldades de ereção e também porque os homens não gostam de falar sobre o assunto:

> *O meu namorado tem idade. Eu acho que é um assunto delicado, ninguém vai abrir o jogo, eles não gostam de contar desvantagem... Individualmente até que dá, mas assim em grupo não sei... Meu namorado tem 68 anos, eu acho que ele está muito bem para a idade, ele tem uma ereção muito boa, mas não para botar uma camisinha...”*

Por isso, ela confia e acredita que ele é um homem que só mantém relações com ela porque também é muito orgulhoso, já que eles *"só saímos para o baile se ele tem condições de pagar, porque ele faz questão de pagar. Aí, eu gosto disso, vejo que ele não está interessado na minha pensão, no meu carro."*

Refere que vai pensar sobre a camisinha feminina. Não a conhece, mas já leu a respeito e teria curiosidade de tocar, ver "ao vivo". Reforça, novamente, que confia no companheiro atual, mas talvez pudesse tentar usar a camisinha feminina como "uma experiência", já que decididamente ela não vai sugerir o uso do preservativo masculino devido aos aspectos já citados. Além disso, gostaria de fazer o teste anti-HIV e sugerir o mesmo para o seu atual namorado, mas está temerosa da sua reação. Ainda vai pensar mais sobre o assunto, mas ficou intranqüila e gostaria de conversar com um médico a respeito.

Noto, nas falas finais de Giulia, um ar de preocupação e apreensão que surgiram depois da leitura e discussão da cartilha no grupo. Não pude saber até onde essa preocupação se transformará em uma atitude prática ou uma mudança em alguns aspectos do seu relacionamento. Talvez, se ela ouvisse experiências de outras mulheres que usaram o preservativo feminino, isso facilitasse a sua escolha e a tranqüilizasse.

Sugeri ao coordenador do grupo e aos outros profissionais que ajudaram na coordenação a discussão, com certa urgência, do tema camisinha feminina e do tema relacionamento entre casais heterossexuais da terceira idade. Não sei se isso aconteceu, pois não tive o retorno das reuniões seguintes.

Mirta (P4 no quadro geral), dentre todas as participantes do grupo e as entrevistadas, me pareceu a que tinha maior clareza da existência de um “modelo” de relacionamento, a ser questionado e talvez mudado em uma futura relação, já que ela é divorciada, após um casamento de 28 anos, no qual o ex-marido foi seu único parceiro sexual desde a adolescência.

A sua fala já foi citada neste texto, no início da reunião do grupo do Jardim Leopoldina.

Mirta tem 53 anos atualmente, sendo a mais jovem do grupo. É vendedora de bijuterias, mas já foi dona de uma creche (ela se formou em pedagogia). Mora no Jardim Leopoldina desde 1979, ou seja, há 25 anos, quando chegou ao Brasil vinda do Uruguai, já casada com o seu primeiro marido com dois filhos pequenos. Logo que chegou, trabalhou por algum tempo como tradutora de espanhol na ZIVI-Hércules, mas logo em seguida parou de trabalhar por oito anos quando retomou o trabalho, organizando uma pré-escola no bairro Auxiliadora, que funcionou por 12 anos. Entretanto, devido à crise econômica, teve que fechá-la. Atualmente, trabalha como vendedora de bijuterias, e isso ocupa todo o seu dia. Tem sido muito bom porque, devido ao trabalho, ela freqüenta os apartamentos de muita gente e sempre é recebida com carinho, respeito e sem dificuldades. Ela comenta que conversa muito com as clientes e todas acabam se tornando suas amigas. Por isso e pelo tempo de moradia no bairro, refere que tem laços sólidos de amizade com muitas pessoas do bairro, que se visitam freqüentemente e convivem bastante. Para Mirta, o bairro como um todo mudou, já que aumentou a

violência, e algumas pessoas se mudaram. Porém, considera muito bom morar no local.

A sua única filha – o outro filho faleceu com 16 anos em um acidente de carro – tem 30 anos e mora nas proximidades com o neto de Mirta. Ela diz que, embora isso seja bom, faz questão de manter o seu apartamento, “o seu canto”, apesar da filha insistir para que Mirta vá morar com eles.

Em relação ao grupo de que participa, ela é a mais nova integrante do mesmo, já que foi convidada há um mês por Giulia. As duas se conhecem há mais tempo por freqüentarem a mesma igreja. Mirta afirma que gosta de participar do grupo, também, pela troca de experiências que acontecem e especificamente gostou do último encontro, em que se discutiu a questão da prevenção das ISTs/HIV/AIDS, já que *“sobre sexo, doenças, não sei nada disso, já que só tive uma pessoa na vida, me separei e agora eu tenho que me reeducar. Por isso, achei interessante o encontro...”*

O que mais chamou a sua atenção no encontro foi o fato de todas as mulheres, à exceção de duas, terem vivenciado experiências concretas de infidelidade com o parceiro e como isso fez as pessoas sofrerem. Mesmo assim, só algumas mudaram, à custa de muito sofrimento, sim, mas hoje, elas se sentem melhor. *“Me chama atenção o sofrimento (das mulheres). Todas as mulheres tinham vivenciado a dor, o sofrimento, a frustração, a perda da auto-estima e depois de muito tempo, tu começas a elaborar isso, a te recuperar ...”*

Relata que, após a sua separação, teve momentos de muito sofrimento, mas depois começou a rever alguns aspectos do seu casamento e viu que, se ela quisesse um novo relacionamento, muitas coisas deveriam mudar . Relata que, durante os anos do seu casamento, ela achou certo ceder em alguns aspectos, principalmente em relação aos filhos e ao trabalho, ou seja, os desejos e as vontades dela própria ficaram em segundo plano. Ela fez isso com a maior naturalidade, mas, no decorrer dos anos, viu que essa opção não estava lhe trazendo felicidade, mas achou difícil mudar tais questões no seu casamento, apesar de ter voltado a trabalhar após oito anos em casa.

> *"Eu agora estou conseguindo pensar como poderia ter sido diferente, porque assim deixei de fazer muitas coisas que eu gostava de fazer em função do outro. Hoje eu não faria, hoje eu faria o que me dá prazer, então, as mulheres renunciamos com muita facilidade às coisas que gostamos, as coisas que queremos em função do outro, e o outro não abre mão de nada... O homem não abre mão dos seus compromissos (trabalho), a mulher sim... A gente sempre é primeiro mãe, e isso tem que mudar".*

As mudanças no relacionamento dos casais são vivenciadas observando o casamento da sua filha, em que, segundo ela, o casal conversa sobre tudo. Relata que o genro é participativo com o filho, dividem as despesas da casa, se ajudam profissionalmente, e um estimula o outro. Refere que, na época em que ela era casada, isso era quase impossível, o que ela atribui a uma questão geracional e

cultural, pelo fato dele também ser uruguaio. Segundo seu relato, o país é muito tradicional em relação ao Brasil, a tal ponto de ainda a sua família uruguaia não saber da sua separação, que não seria aceita, principalmente depois de tantos anos de casamento.

Mirta conta que está separada há cinco anos e ainda não teve nenhum namorado. Isso a está deixando intranqüila, já que gostaria de ter alguém com quem compartilhar o seu cotidiano, mas acredita que faz pouco tempo que está disposta a isso, já que:

> *"Agora eu tenho desejo que isto aconteça, mas acredito que tem que ser uma coisa muito forte, porque quem viveu um grande amor, não fica satisfeita, assim com um sentimento mais ou menos... Já tive oportunidades, mas as pessoas não me chamaram a atenção, tem que ser um "tchã", que me tire do chão, daí então vou cair ...(nos seus braços)"*

Essa fala de Mirta me surpreendeu e a questionei a respeito. Ela reafirmou a fala. Onde estava todo aquele discurso reflexivo sobre o relacionamento entre homens e mulheres? Ela parecia ter superado tão bem o amor romântico e procurava, no discurso, outros caminhos. Orgulha-se tanto de como a filha se relaciona com o seu parceiro, considerando-a um exemplo a ser seguido.

A fala de Mirta nos mostra como é difícil reconstruir um outro modelo de relacionamento amoroso. É claro que ela superou vários aspectos do amor

romântico, como a passividade e a dependência econômica, mas ainda persiste com uma imagem idealizada do homem que poderá ser o seu companheiro. Imagina um encontro instantâneo de almas e não um início de relacionamento que possa ser construído processualmente e com menos idealizações. Idealizações estas, que seriam a fé cega na fala das mulheres da cartilha. Isso, no decorrer de um relacionamento, levam a frustrações e, no caso de Mirta, podem dificultar ou impossibilitar o início de novas relações.

Essa conversa também confirma como são difíceis as mudanças em um modelo que está tão profundamente arraigado no cotidiano das pessoas.

Mas há necessidade de mudança no modelo de relacionamento amoroso dos casais? Por que seriam necessárias estas mudanças?

Uma resposta afirmativa a essas perguntas já foi colocada no texto e penso que vale a pena reiterá-la: há um aumento da vulnerabilidade para contrair uma IST/HIVAIDS se esse modelo de relacionamento se perpetuar sem problematizarmos alguns de seus aspectos, principalmente no que se refere às construções relacionais de gênero que imperam nesse tipo de estrutura amorosa.

É claro que também sabemos – e todas as falas das pessoas que até aqui descrevi nos mostram – que o modelo de amor romântico está sendo fragmentado. Além disso, de forma geral, ele não se encontra em estado “puro”, mas sim em alguns aspectos fundamentais para a prevenção do HIV/AIDS, que se referem principalmente à questão da fidelidade x infidelidade dentro de uma união estável, a questão da negociação do preservativo masculino e do conhecimento do corpo, aspectos todos estes que já descrevi anteriormente neste texto.

Outro aspecto a ressaltar é que não há uma relação direta entre renda e escolaridade e este pensar amoroso. Ele é particularmente vivenciado com intensidade nas mulheres acima de 50 anos com parceiro fixo, e o mesmo é observado em mulheres dessa idade, porém separadas e divorciadas .

A minha última entrevistada foi Célia (P9 no quadro geral), que inicialmente não estava prevista, mas ela se ofereceu após ver de relance as minhas conversas com Giulia e Mirta na Unidade de Saúde.

No decorrer da entrevista, percebi que o interesse dela não era falar sobre como tinha vivenciado a reunião de que participou, mas sim sobre a ansiedade que lhe provocava o início de um novo relacionamento que estava em curso, o que não deixava de estar relacionado com os assuntos desenvolvidos no grupo observado. Seu desejo era compartilhar isso com alguém disponível a ouvi-la. Naquele momento, era eu.

Isso não me provocou nenhum mal-estar, já que entendo que as entrevistas ou conversas também têm esse aspecto confessional e, portanto, de “alívio”, no sentido de compartilhar momentos, resultantes de sujeitos inseridos em um contexto que pode ir ou não ao encontro daquilo que eu, como pesquisadora, espero do entrevistado. Essa descoberta do contexto da fala é essencial no ouvir hermenêutico e é o que nos permite desvelar o outro e compreender o seu texto. Tal compreensão nos permite uma problematização daquilo que estamos ouvindo ou vivenciando.

Célia tem 58 anos, é separada e vive da aposentadoria de invalidez que obteve após um grave acidente de trânsito, já relatado neste texto.

Ela nasceu em Alegrete e, em 1968, veio para Porto Alegre inicialmente para morar com a sua irmã casada. Após alguns anos e dois noivados desfeitos “na entrada da igreja”, ela casou com seu primeiro marido e foi morar em Canoas-RS.

Durante o casamento, que durou oito anos, ela engravidou três vezes, não conseguindo levar até o fim nenhuma das gestações. Após esses episódios, ela nunca mais engravidou e se separou do primeiro marido.

Após alguns anos (final da década de 80), participou da “invasão” dos apartamentos no Bairro Parque dos Maias, conseguindo, após muitas negociações, um apartamento para morar. Morou nesse bairro até 1992, quando aconteceu a sua segunda separação, após um relacionamento de dois anos, ocasião em que se mudou para o Jardim Leopoldina, após o acidente já citado. Mora em um JK *“todo dividido, com quarto e área de serviço”.*

O cotidiano de Célia gira em torno das amizades que fez no próprio prédio onde mora. Ela mora sozinha há muitos anos e não tem filhos, está afastada da família (irmãos) e não participa de outras atividades em outras instituições. Por esses motivos, posso dizer que ela é uma pessoa só, o que é um diferencial importante em relação às outras entrevistadas, que tinham a sua família no mesmo bairro e também amizades, fazendo com que tivessem um círculo social maior. Ela relata o seu dia-a-dia da seguinte forma:

“Ah, o meu dia a dia é assim ó: eu acordo cedo, 6h30min, 7h. Aí, eu levanto, vou na cozinha tomar o meu remédio pra tireóide, volto pra cama, me deito e fico ali um pouquinho. Então, eu ligo o meu rádio na cabeceira da cama e fico escutando as orações católicas, me faz um bem né?, depois passa mais as horas, eu vou na cozinha e pego o café e trago pra cama e me encosto nos travesseiros e fico tomando café, vendo Ana Maria (Programa da Rede Globo), às vezes, eu tenho o tricô ali perto, pego e já fico fazendo. Eu procuro me ocupar bastante, aí eu fico até 9h30 e daí a pouco, eu mesmo me mando: ‘te levanta e abre essa casa’ e preparo um chimarrão. Desço pra rua, eu vou lá na frente do prédio tomar um chimarrão ou, às vezes, vou dar uma volta. Passo na casa de uma amiga minha e tomo um pouquinho e já volto 11h30, por causa do almoço. Almoço e lavo aquele prato só né?, eu faço comida uma vez por semana pra não ficar na cozinha. Aí, eu boto aquecer no microondas, já lavo o prato na pia, e a cozinha está sempre arrumada. Aí, eu me deito um pouco pra descansar, fico vendo televisão ali deitada né?, mas também ali pelas 3h30mim ou antes, eu levanto da cama correndo, eu tomo um café, já desço eu vou pra rua. Eu não paro. Vou no supermercado ou me sento na frente do prédio e sento lá pra fazer alguma coisa, né? Eu me ocupo bastante, não fico parada... E tu, vem aqui uma vez por semana? Aqui a gente vem uma vez por semana, é uma pena que só uma vez por semana. O CTG, eu freqüento todos os sábados. Nós vamos eu e minhas amigas que moram por ali, a gente vai pro CTG, todos não, às vezes, eu não posso ir, falta grana, eu sou sozinha né?, é tudo comigo, mas quando dá, eu não deixo de

ir, porque é muito bom pra gente escutar uma música, ver outras pessoas. E é só de idosos, terceira idade, as músicas são gostosas, são boas, é valsa, rancheira, coisas que anima a gente, aí eu já me visto de prenda e vou me embora.

- Ah tu vai de prenda?

- Vou de prenda sim...”

É no CTG (Centro de Tradições Gaúchas), dançando, coisa que ela gosta muito de fazer, que Célia conheceu todos os seus namorados, inclusive o atual. O atual relacionamento havia sido citado no grupo de que ela participou como um início de namoro. Ela contou que estava receosa em convidá-lo para o seu apartamento, já que o conhecia há poucos “bailes”, mas não negava estar muito interessada nele. Naquela semana, ele tinha ficado de ligar para ela, mas não o fez. Ela e suas amigas atribuíram a não ligação ao fato dela não tê-lo convidado para o seu apartamento, o que significaria manter relações sexuais com ele. Assim, no sábado em que ela se dirigia ao CTG, ia com a expectativa de encontrá-lo e de convidá-lo a subir para a sua casa, já que não queria “perdê-lo”.

Chegando no CTG eles se encontraram, conversaram, dançaram e se entenderam, até que em um determinado momento, ela percebeu que estava “encantada”. Nesse instante, ele falou:

“ ‘Eu vim do fim do mundo pra ti encontrar’, ele disse. ‘Eu vim do fim do mundo pra ti encontrar, eu acho que é pra nós ficar junto mesmo’, daí

ele começou a rir, porque ele estava com uma bombacha e a camisa vermelha, e eu estava com uma saia azul marinho e a camisa vermelha. Ele disse: 'até a roupa nós estamos combinando aqui, agora né?, eu acho que tu, acho que é pra tu ser minha negrinha mesmo', ele disse pra mim né? É pra nós se encontrar e ficar junto mesmo e, pelo o que ele conversou comigo, tudo, eu adorei estar junto com ele. Em primeiro lugar, tu já viu assim mão aberta, porque tem assim homens que não paga um guaraná pra gente, e ele pagou todo nosso almoço de domingo, mandou buscar frutas e galinha, trouxe salsichão, trouxe um monte de coisa já pronto né?... A conversa dele comigo, o jeito que nós estamos um com o outro, assim, que parece que a gente está há muitos anos junto."

Nessa fala, novamente encontramos vários elementos do amor romântico: o encontro de almas, o entendimento imediato entre o casal e o homem provedor. Até aqui, Célia estava vivendo uma ansiedade crescente em relação aos fatos que ia me contando. Aí, ela chega nos assuntos que eram os motivos que a levaram a conversar comigo: o fato dele não querer usar preservativo e também dela estar insegura por achar que "exagerou" e ele poderia "fugir" dos "compromissos" que teria que assumir no relacionamento.

Quanto ao primeiro assunto, lembro que Célia sempre usou preservativo. Quando mais jovem, como método anticonceptivo. Depois, como ela mesma diz, teve muitos namorados. Foi ela que levantou na reunião a sua preocupação em relação aos aspectos orgânicos dos companheiros idosos, em relação à ereção e o não uso do preservativo.

O fato dela estar apaixonada pelo atual companheiro provocou uma tensão diante da negativa dele em usar preservativo e a convicção dela em usar. Nesses primeiros três dias, em que eles ficaram juntos, ela optou por fazer sexo sem penetração, já que percebeu que seria inútil insistir quanto ao uso do preservativo. Ela relata como se sucedeu:

> *"Também falei pra ele que tem que usar camisinha, mas não tem ereção para usar camisinha. Porque se eu pegar qualquer coisa, se pegar alguma doença, fica chorando pelos cantos, então vamos falar sobre isso, aí ele disse 'mas eu nunca usei' e tal, aí eu disse 'Eu tenho camisinha aqui do lado da cama. Pois eu não te conheço, eu me garanto, mas eu não te conheço.' Ele ficou quieto. A gente transou, mas sem penetração, porque a gente vai conversar"*

Ela refere que no tempo em que ficaram juntos, o tema foi recorrente e, como ela percebeu que ele insistia em não usar o preservativo, só fizeram sexo sem penetração. Relata que esse assunto assustou o companheiro, e não sabe se foi isso que fez com que ele não fizesse contato com ela outra vez, ou foi o fato dela ter falado todas as suas expectativas relacionadas ao futuro desse relacionamento, que recém estava começando:

> *"Porque a gente conversou a noite toda, aí, eu disse 'no dia que tu não puder fazer mais, a gente conversa sobre isso aí, porque' aí eu falei 'porque eu não te quero só pra cama, eu te quero pra ti tomar um chimarrão*

comigo, pra ti me fazer um carinho, para ti me dar um abraço, porque eu sou muito sozinha, eu sou muito carente, eu não te cobro nada na cama, se tu não tiver mais ereção a gente vai conversar sobre isso daí...' Acho que sufoquei ele, tenho que ir com mais calma, já estou querendo casar e tudo de vez..."

Nessa fala de Célia, observo novamente, fragmentos de um amor romântico e aspectos de um amor confluente (Giddens,1992:73-74). Aqui, em relação ao amor romântico, vemos a necessidade de controlar o futuro, a ponto de falar da possibilidade de o parceiro, há pouco conhecido, não ser capaz de ter ereções em um futuro difícil de mensurar ou prever. É o que nos revelam essas falas que, se por um lado, são pouco comuns entre casais dessa idade, podem levar a objetualização do parceiro, já que ele, na verdade, é o objeto que pode realizar os "seus desejos" de estabilidade em uma relação.

Isso talvez seja resultado da própria trajetória amorosa de Célia, em que todos os seus relacionamentos levaram-na a se sentir "abandonada" pelos parceiros, daí a necessidade de controle de uma porção do futuro no que se refere a este aspecto da sua vida.

Também porque, talvez, o controle do futuro, seja o aspecto mais presente do amor romântico que predomina nos seus relacionamentos. Por outro lado, o fato dela tentar dialogar com o parceiro para construir um relacionamento denota também a necessidade de conversar sobre assuntos da intimidade do casal. O

diálogo e construção conjunta de um relacionamento são as bases do que Giddens chama de amor confluente.

Esse tipo de relacionamento entende que a união estável entre duas pessoas se dá através de uma construção processual, em que os parceiros identificam e refletem sobre as características de um e de outro, respeitando as diferenças existentes entre si. Isso também inclui a construção de uma intimidade, em que a sexualidade é conversada e descoberta no decorrer da convivência, sempre baseada na compreensão e no diálogo problematizador mútuo. Assim, a sexualidade do casal também é construída através desses princípios. Como vemos, esse tipo de proposta de relacionamento está ligado à autonomia dos sujeitos, no sentido de diálogo crítico entre os parceiros e uma relação mais igualitária, isto é, com relações de dominação menos hierarquizadas e a caminho de relações emancipatórias na intimidade.

A esse respeito, Giddens

> *"o amor confluente desenvolve-se em uma sociedade onde quase todos tem a oportunidade de se tornarem sexualmente realizados. E presume o desaparecimento da distinção entre as mulheres "respeitáveis" e aquelas que de algum modo estão marginalizadas da vida social. Diferente do amor romântico o amor confluente não é necessariamente monogâmico, no sentido de exclusividade sexual(...) A exclusividade sexual tem um papel*

no relacionamento até o ponto em que os parceiros a considerem desejável ou essencial." (1992:72):

Aqui, observo que o fato de alguns homens e mulheres entenderem como "natural" o sexo masculino ter outras parceiras que não somente aquela da união estável não significa que ele esteja mais "perto" de um amor confluente. E isso não se dá pelo simples fato de, também, alguns homens e mulheres considerarem "natural" a fidelidade da mulher a um único parceiro. Assim, a construção histórica e cultural de "o homem pode e a mulher não pode (ter outros parceiros)", na verdade, nos mostra a essência do amor romântico, que é o controle da sexualidade feminina.

Sendo assim, o amor confluente seria uma mudança cultural em curso em relação à intimidade dos casais. Mudança que, entre outros fatores, está associada, de forma geral, ao aumento da escolaridade das mulheres, ao seu ingresso no mercado de trabalho, ao surgimento e acesso aos mais variados métodos anticonceptivos, ao surgimento da AIDS que pode levar, paradoxalmente, também à construção de uma sexualidade prazerosa e segura entre os casais. Tal mudança cultural também pode ser analisada a partir do ponto de vista habermasiano da relação entre o sistema e o mundo da vida. Habermas refere que o sistema é regido pelas esferas da economia e da política . A primeira delas é regida pela lógica do dinheiro, e a segunda, pela lógica do poder. Assim, no sistema, predominam as relações estratégico-instrumentais, em que a linguagem é utilizada somente para conquistas pessoais e interesses particulares. Já no

mundo da vida, predominariam as esferas da cultura e das relações pessoais. Nesse sentido, a linguagem seria utilizada para conseguir um entendimento entre todos os envolvidos num processo específico. A partir da relação entre sistema e mundo da vida, Habermas chega ao seu conceito de “colonização do mundo da vida”, que é a situação em que, ao invés de predominar no mundo da vida uma ação para o entendimento, predominam ações para a dominação (poder) e de consumo (dinheiro).

Talvez o amor romântico possa ser entendido como uma colonização do mundo da vida, do cotidiano dos casais. O amor romântico, construído a partir de uma ideologia da Igreja católica ocidental, representante do sistema, se apropriou de tal forma dos relacionamentos amorosos entre os casais que as tais relações foram cristalizadas através dos papéis que cada um tinha que, “naturalmente”, desempenhar. Essa colonização, há algumas décadas, tenta ser fragmentada e vem sendo substituída por um novo agir cultural, pois ela se manifesta de forma a trazer sofrimento, tanto para os homens, como para as mulheres, já que determinam e objetualizam comportamentos e sujeitos. Ou seja, o sujeito é objeto do outro, já que cada um tem um papel que deve ser cumprido sem reflexão. Isso traz sofrimento, resignação e destruição de relacionamentos. Estes são sustentados no domínio do outro, sem se interessar por suas diferenças, dificuldades e contexto em que o outro se situa. Por isso, perpetuam valores do sistema.

A perda do respeito pela alteridade (e a complexidade e desafio do que isso significa para a construção de uma relação construtiva a dois) é destruída pelo amor romântico. Este insiste em se perpetuar, vendo o outro somente como um

meio para seus objetivos, desejos e anseios de dominação e controle e não como alguém que deve ser descoberto, compreendido e problematizado.

Outro aspecto a ser salientado é que homens e mulheres não são meros pólos opostos, onde um deve dominar o outro, onde a predominância de um somente será possível através da subjugação do outro, mas são, sim, construções contextuais complexas, onde uma relação de descoberta através da reflexão, aliada ao carinho, à sexualidade e ao companheirismo, se faz necessária.

No entanto, isso não é fácil. O sistema se utiliza de vários meios, que tentam manter este modelo para perpetuar a ideologia dominante: as instituições (escola, igreja, locais de trabalho), que mostram de forma sutil (ou nem tanto) como se devem estabelecer as relações de dominação entre ambos os sexos; os meios de comunicação de massa (a televisão e suas novelas, as revistas e seus temas, ressaltando assuntos como “almas gêmeas”), um dos seus mais fortes aliados; e o consumo (levando à homogeneização e valorização de estereótipos masculinos e femininos).

Nesse contexto, a conversa entre os casais, sugerida pela cartilha, pode significar o início de uma caminhada em direção à mudança cultural, ou seja, a construção de uma relação onde a ética (mediada por uma linguagem e ação que levem ao entendimento), e a intimidade sejam compartilhados por ambos, e não sejam propriedade de um ou de outro, já que, como vimos na fala das mulheres, isso leva a sofrimento, raiva, resignação e embotamento do sujeito e da relação.

Nesse sentido, Simone de Beauvoir (1981), há cinqüenta e cinco anos, no seu livro *O Segundo Sexo*, sugere a necessidade dessa mudança cultural entre os

casais. Neste trecho do livro, ela descreve os desafios de um relacionamento a dois.

> *"Esse desabrochar pressupõe que – no amor, na ternura, na sensualidade - a mulher consiga superar a sua passividade e estabelecer com seu parceiro uma relação de reciprocidade. Assimetria do erotismo masculino e feminino cria problemas insolúveis enquanto há luta de sexos. Podem facilmente resolver-se quando a mulher sente no homem desejo e respeito a um mesmo tempo; se a deseja em sua carne, reconhecendo a sua liberdade, ela se reencontra como o essencial no momento em que se faz objeto, ela continua livre na submissão que consente. Então os amantes podem conhecer, cada qual á sua maneira, um gozo comum; o prazer é sentido por cada um dos parceiros como sendo seu, embora tendo sua fonte no outro (...) Numa forma concreta e carnal realiza-se o reconhecimento recíproco do eu e do outro na consciência mais aguda do outro e do eu. (...) A dimensão do outro permanece; mas o fato é que a alteridade não tem mais caráter hostil; O que é necessário a uma tal harmonia não são requintes técnicos mas antes, uma generosidade recíproca de corpo e alma.".(1981:141}*

Desafio cotidiano para muitos de nós.

3.3.4.O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA CARTILHA “CENAS DA VIDA”

A cartilha “Cenas da Vida” foi construída por um grupo de 8 a 10 de mulheres do Bairro Aparecida em conjunto com 3 profissionais do SSC: uma psicóloga, uma auxiliar de enfermagem e o administrativo, sendo o menor grupo de trabalho dentro dos profissionais neste estudo. Desses três profissionais que participaram, somente uma trabalha atualmente na Unidade, e foi ela quem coordenou o grupo, observado para avaliar a aplicação do material.

Cabe destacar que a profissional nunca participou dos grupos realizados com os coordenadores locais para discutir textos e o andamento do trabalho.

A cartilha chama imediatamente a atenção pela sua diagramação gráfica original e peculiar (Apêndice H). Devido a esse aspecto, é muito disputada por profissionais.

Em relação aos eixos temáticos discutidos no material, ela difere um pouco das outras duas cartilhas, já que agrega outros aspectos do cotidiano dos casais. Assim, na Cena 1, aborda as preocupações de duas mães, falando dos seus filhos adolescentes, envolvidos com drogas e com relacionamentos extraconjugais (por parte da parceira).

Na Cena 2, é abordado o tema da infidelidade. A mulher descobre a infidelidade do marido, quando do “surgimento” de uma outra família do esposo, no momento em que ele está hospitalizado, em virtude de um acidente.

A Cena 3 aborda o relacionamento de um casal heterossexual jovem, em que sabidamente ambos têm relações extraconjugais. Também toca na questão da homossexualidade.

A Cena 4 aborda a violência doméstica e a sua relação com o alcoolismo e outros problemas, decorrentes dessas situações relacionadas à prevenção de ISTs/HIV/AIDS.

Assim foram agregados outros problemas, vamos dizer, menos tradicionais do que os abordados em grupos de mulheres que discutem a prevenção de ISTs/HIV/AIDS, à complexidade do que seria a discussão deste, seguindo um conceito de vulnerabilidade social centrado nas relações de gênero, como são os outros materiais. Não que essas relações não estejam também no âmago de tais discussões. Porém, agregar temas como alcoolismo, violência doméstica, uso de drogas e relações homossexuais como eixos temáticos do problema, sem dúvida exige um preparo, emocional, teórico e metodológico mais apurado por parte do profissional.

Por esse motivo, ou seja, a dificuldade metodológica enfrentada pela profissional que coordenou o grupo de mulheres que utilizaram este material, este capítulo discutirá as dificuldades, aspectos positivos e negativos e contradições que os profissionais de saúde enfrentam ao utilizar um material que segue um referencial de problematizar o cotidiano.

Antes de entrar nessa discussão, farei uma contextualização do Bairro onde se desenvolveram estas atividades.

3.3.4.1 O Bairro Nossa Senhora Aparecida no Sarandi

A Unidade N. S. Aparecida existe desde 1995.

Antes de começar este estudo, eu nunca tinha ido a esse local. Esta unidade dista, mais ou menos, 15 quilômetros do Hospital N.S. da Conceição, indo sempre pela Assis Brasil, passando pelo Sarandi, e, entrando no meio de algumas ruas e ruelas, se chega no local.

Esse caminho pouco eu faço, já que são ruas que, no meu cotidiano, eu pouco transito. Por isso, opto por me dirigir ao local pela Protásio Alves, até a Manoel Elias (toda asfaltada, iluminada e de alta velocidade), atravesso o Bairro Jardim Leopoldina, até chegar na Baltazar, quando entro à direita, passo pelo bairro Costa e Silva (onde tem uma Unidade de Saúde do SSC), continuo na rua do Porto Seco. Sobe morro, desce morro, no meio de caminhões e pista de concreto, descampado, até chegar na Assis Brasil, perto da Free-Way.

Aí, entro em umas ruas com umas casas com pintura desbotada, uma do lado da outra, com pequenos jardins, meio escuras e com muita fuligem, devido à poluição. Finalmente, após 15 quilômetros, chego na Unidade N. S. Aparecida, que é a referência neste bairro.

O posto, todo de tijolos à vista (uma característica das Unidades de Saúde do SSC), [48] se localiza em uma esquina meio abrupta, sem calçada lateral, o que faz com que a gente passe por ele sem perceber.

[48] Isto depois das reformas por que passaram todas as unidades, de 1996 para cá. Antes disso, a maioria dos postos se localizava em casas dos bairros.

Foto 61. Unidade N.S. Aparecida

Foto 62. Unidade N.S. Aparecida

Entrando no posto, ele é “todo ajeitadinho”: pequeno, mas com as salas arrumadas, a recepção sem guichê nem vidros para separar as pessoas que o procuram. Há cartazes coloridos, extremamente criativos, chamando para grupos e encontros. A sala de espera está sempre cheia, principalmente, de mães com crianças pequenas.

A equipe que trabalha neste local é composta por 4 MFC, uma psicóloga, uma assistente social, um dentista, 4 auxiliares de enfermagem e um auxiliar administrativo.

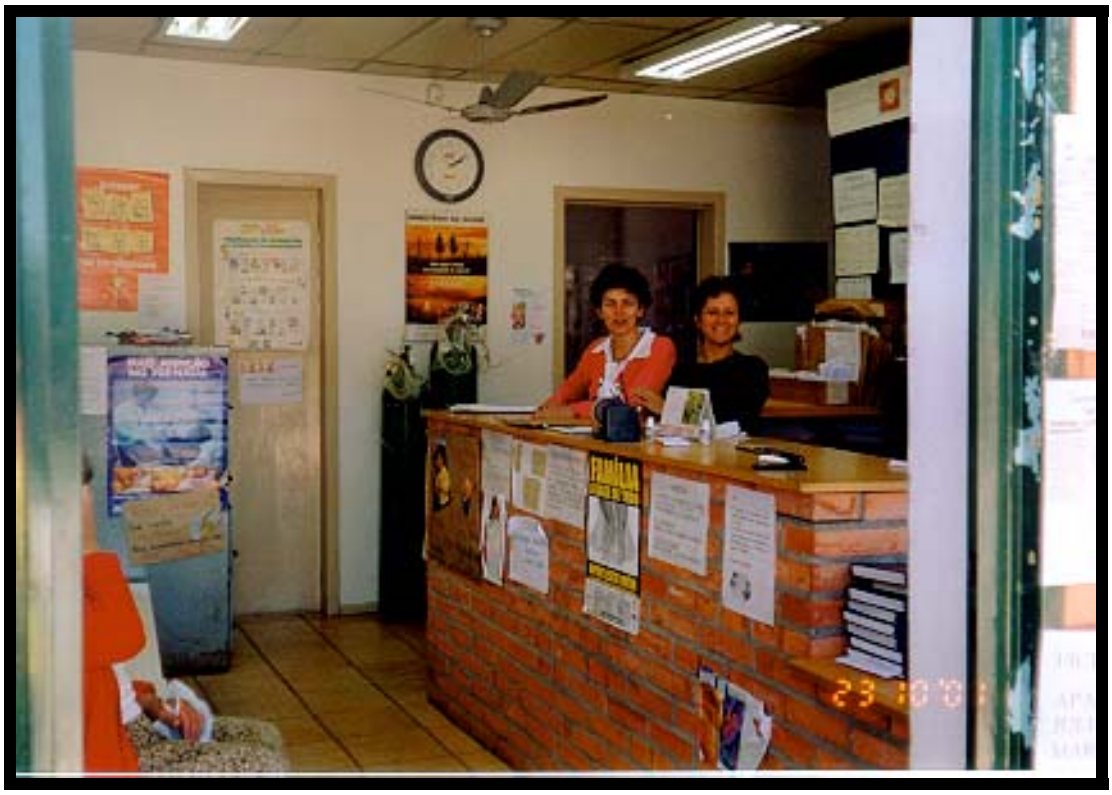


Foto 63. Unidade N.S. Aparecida

A história do Bairro N.S. Aparecida tem origem na “invasão” de uma grande área privada da família Caruso (limites atuais do bairro), por volta de 1976 e 1977.

Naquela época, conseguiram que o governo do Estado considerasse a área como pública e, logo após, o município começou o processo de regularização.

Muitos moradores começam então a se organizar e colocar água e esgoto em regime de mutirão. A luz “foi puxada” até 1989, quando a prefeitura, através do Orçamento Participativo (OP), instala luz elétrica, pavimenta ruas, canaliza água e esgoto. Uma das entrevistadas conta como foi o processo de apropriação do terreno:

> *“- Eu cheguei em 1983, há vinte anos, minha filha tinha 11. Nós ficamos sabendo que tinha uns terrenos pra vender. Porque o pessoal invadiu e ficou com vários terrenos. Aí, a gente comprava de quem tinha invadido. Isso aqui era um banhado, tudo cheio de água, água. Tudo era mato, tudo era mato e banhado. Foi muito aterro aqui. Até lá no posto tudo era água, tivemos que aterrar,aterrar, aterrar pra poder fazer a casa e tudo tijolinho por tijolinho aqui ó, é sacrifício né?, por isso que a gente valoriza as coisas que a gente faz, eu valorizo muito as coisas. Foi um sacrifício da vida da gente. Compramos com uma casinha, com a pecinha de madeira e um banheiro daqueles de madeirinha também. Quando viemos aqui, no outro dia, ele tinha roubado a casinha de nós. Nos vendeu e depois veio aqui e roubou, porque nó não íamos morar na casinha que era uma pecinha só né?, ele veio aqui e roubou a casinha. Aí esse vizinho aqui do lado foi lá em casa e me avisou que estavam me roubando a casa, nós chegamos e ele já estava com a casa em cima do caminhão. Aí, o meu marido veio pra cá no inverno, só com um plástico em cima, e ficava aqui a noite toda pra*

não invadirem, porque se não invadiam de novo, olha, foi um sacrifício danado pra ficar aqui, mas nós seguremos.Um ficava aqui e o outro ficava lá, depois um ia descansar, o outro vinha pra cá.

- E quanto tempo vocês ficaram?

- Mais ou menos uma semana até conseguir madeira, porque nós vivíamos com muita dificuldade naquela época, né?, até conseguir madeira de uns amigos nossos lá de Cachoeirinha que deram madeira pra nós fazer uma pecinha. É porque, se estava vazio, o pessoal invadia. Invadia e depois de invadir não tirava, nós demos R$13,00 pra tudo isso aqui. Era dinheiro naquela época... Dei um fogão, dei um casaco, dei outras coisas pra conseguir o dinheiro que eles precisavam, né?, e depois eles mesmo vieram aqui e nos roubaram as coisas, como tem gente, né?, safada.

- E tinha rua, água e tinha luz, essas coisas?

- *Não, não tinha nada, nada.*

- Depois eles botaram uma torneira na rua, que a gente conseguia água naquela torneira, ali que a gente pegava água, e depois cada um foi fazendo, puxando e depois veio, trouxeram luz e água, que a luz era puxada lá da faixa. Botavam um relógio e puxavam pra cá. Agora, está tudo legalizado o DEMHAB legalizou pelo Orçamento Participativo. Eu pago R$21,00 por mês." (L.., 60 anos, costureira)

Atualmente, o bairro se apresenta como nas fotos a seguir:

Foto 64. Bairro N.S.Aparecida

Foto 65. Bairro N.S. Aparecida

A pasta de gerenciamento da Unidade descreve o bairro da seguinte forma:

"A região do bairro é plana e assenta-se sobre uma zona de alagado. A área fica no extremo nordeste de Porto Alegre, próximo ao trevo de acesso da BR-290 (Free-Way) e da Federação das Indústrias do Rio Grande do Sul. O saneamento da área é através de esgoto pluvial, cloacal ou misto. A grande maioria das ruas são asfaltadas e todos elas tem 6mts de largura, o que faz com que inexistam "Becos". Toda a vila tem também rede de água canalizada, assim como luz elétrica e coleta de lixo três vezes por semana e coleta seletiva uma vez por semana nas ruas principais.

As principais atividades econômicas da comunidade são comércio e indústrias. Existem diversos mercados, fruteiras, lojas, lancherias, padarias e uma farmácia, além de vendedores ambulantes e camelôs. A existência de diversas transportadoras no bairro e a sua proximidade com o chamado Porto Seco, faz com que muitos homens trabalhem como "chapa", ou seja, descarregador de caminhões . Este trabalho é feito sem vínculo empregatício, pago por hora e ocasional."

Os dados do IBGE, de 1996, para esta população são os seguintes:

Tabela 14. Dados do IBGE, 1996 - Bairro N.S. Aparecida

População total	4.179
Proporção de Analfabetos de 10 anos ou mais	10%
Proporção de mulheres analfabetas	7%

entre 15 -49 anos	
Número médio de pessoas por domicilio	3,73
Domicílios subnormais *	22%
Abastecimento de água inadequado **	9%
Instalação sanitária inadequada ***	9%
Destino do lixo inadequado ****	8,2
Chefes de família com até três anos de estudo	35%
Proporção de chefes com renda até 2SM	57%
Proporção de mulheres chefe de domicilio	17%

Fonte: Núcleo de Epidemiologia -SSC

* Refere-se a conjuntos de aglomerados subnormais, querendo dizer com isto, grupo de mais de 20 casas feitos com materiais diversos tipo maloca, com posse irregular do terreno e carências de infra-estrutura básica. (sem água encanada, sem esgoto e /ou sem coleta de lixo)

** Sem água encanada dentro de casa.

*** Banheiro sem descarga.

*** Sem coleta regular de lixo.

Observo que o perfil socioeconômico deste bairro é muito parecido com o da Vila Jardim, mas a forma como foi estruturado o bairro N.S. Aparecida faz com que a infra-estrutura em termos de moradia seja muito melhor do que a Vila Jardim. Apesar desta última ter quase um século de existência, não houve até agora um programa de habitação para o bairro, a não ser em alguns becos em

que a moradia é extremamente precária e traz risco de vida para os seus moradores.

Também as participantes dos grupos que construíram e avaliaram o material educativo, em termos de renda, estão em situação similar às da Vila Jardim. Porém, como foi dito anteriormente, há um distanciamento importante no que se refere à estrutura de moradia e ruas.

Todas as participantes do grupo que avaliaram o material gostam de morar no bairro. Uma delas participou do processo de "invasão" e até hoje faz parte dos grupos de moradores que participam do OP.

As duas mulheres que entrevistei individualmente também referem um bom convívio com os vizinhos.

> *"Nesse bairro aqui é bom, não existe fofoqueiro, e não tem violência, claro às vezes, tem como todo lugar, mas olha, eu moro há 6 anos aqui, e a gente no verão cansou de dormir de porta aberta, cansou da porta da garagem ficar aberta e nunca aconteceu nada. Então, eu acho que é um lugar bom, todo mundo se conhece, se cumprimenta, tem alguma gurizada, mas se faz, nem conta..." (L.,63, dona de armazém)*

> *"Eu gosto, eu me acostumei aqui, porque a gente sai pra rua e é os vizinhos 'Oi' prá la, 'oi' prá cá. O vizinho da frente deixa a chave da casa prá nós quando ele sai... A gente se dá muito bem com os vizinhos, a gente conhece todo mundo porque fomos os primeiros a chegar, a gente conhece todo mundo. A única coisa que falta é ter mais transporte, tô indo nas*

reunião do OP para conseguir Kombi pra cá, porque o ônibus passa longe e é muito pouco." (L,61 anos, costureira)

O bairro, realmente, tem muitas características, que imagino serem de uma pequena cidade do interior: as ruas são arborizadas e amplas, as casas todas com jardins e grades baixas e semelhantes entre si, dando uma certa homogeneidade ao lugar. Crianças brincando na rua, cachorros em volta, pouco trânsito de veículos, mas com passagem freqüente de caminhões que se dirigem ao Porto Seco.

O local mais pobre do bairro não foi por mim visitado, ,já que as pessoas que entrevistei, assim como todas as participantes dos grupos, tanto da construção do material, como da sua avaliação, não moravam nesse local.

A violência se resume a pequenos furtos, inexistindo o problema do tráfico de drogas, pelo menos na magnitude da Vila Jardim. Esses aspectos também são confirmados pelos profissionais do posto, que consideram tranqüilo o lugar, informação que obtive quando perguntei sobre a necessidade de alguém me acompanhar para fazer a entrevista de uma das integrantes do grupo, já que era por volta das seis tarde e começava a escurecer: "*Vai tranqüila, aqui não acontece nada, eu já andei muitas vezes pelas 11h da noite, sozinha, e é a maior tranqüilidade, não te preocupa." (E., profissional do posto)*

A equipe do posto de saúde vem desenvolvendo um trabalho multiprofissional há quase 10 anos, tendo entre as suas maiores conquistas a participação ativa na construção de grupos de geração de renda, que são modelos que as outras Unidades tentam apreender.

Na área da saúde, temos os seguintes indicadores:

Tabela 15.Indicadores de saúde da Unidade N.S. Aparecida - 2002 2000

Cobertura de Pré-Natal	95%	60%
Pré-Natal adequado (seis ou mais consultas)	72%	50%
Cobertura Vacinal	99%	90%
Crianças menores de um ano		107
Crianças desnutridas Crianças em acompanhamento de puericultura Crianças com risco à saúde*	 98% 49%	14 90% 73
Número de hospitalizações em menores de 18 anos		10 por mês
Cobertura de CP		65%
Número de pacientes HIV		26 (12 mulheres)
Hipertensos		10% dos adultos
Diabéticos		3% dos adultos

*Crianças com maior probabilidade de apresentar algum evento indesejável em relação à sua saúde. *"Os riscos não estão isolados ou independentes do contexto social. Estão inter-relacionados a uma complexa rede de fatores e interesses culturais, históricos, políticos, sócio-econômicos e ambientais."(Giacomazzi, 1999)*

3.3.4.2 O processo de avaliação da aplicabilidade da cartilha no grupo de mulheres do bairro.

Após a segunda tentativa de organizar a reunião, me dirijo ao posto para encontrar com Nádia, que coordenará a reunião. Não foi possível realizar o primeiro encontro, já que após um forte temporal, o posto ficou todo inundado[49], impedindo a realização de qualquer atividade.

Nádia marcou um encontro com as mulheres na capela do bairro para, depois, irem para a casa de Lindaura, onde será realizada a reunião. Esperamos um pouco no local e chegam três mulheres para participar da reunião. Nos dirigimos para a casa de Lindaura, não sem antes as pessoas reclamarem do "*novo padre do bairro*", que impede, a não ser através de pagamento de taxa de R$10,00, o uso do salão paroquial, local sempre utilizado para as reuniões do posto e da associação de moradores do bairro.

Caminhamos pela rua principal do bairro e nos dirigimos para a casa de Lindaura, onde será realizada a reunião.

[49] O posto fica freqüentemente alagado após chuvas mais intensas, já que como foi dito antes fica numa região muito baixa e plana (antes era um "banhado") dificultando o escoamento das águas . Após as chuvas os funcionários do posto tem que ajudar na limpeza e arrumação do mesmo e contar os prejuízos.

Foto 66. Indo para a reunião.

Caminhamos, assim, em duas filas em direção à sua casa que fica na mesma rua do posto: na rua do senhor do Bomfim.

As calçadas são amplas, e as casas, todas de um andar, recuadas na calçada. Todas têm cerca, mas chama a atenção que sejam cercas baixas. A maioria delas tem jardins. As casas são simples, mas bem cuidadas.

A casa onde fazemos a reunião está em obras. Quando nos aproximamos, não avistamos muito bem a porta de entrada, pois há muito material de construção espalhado: cimento, táboas, madeira, arame, areia, brita.

Tem uma peça de madeira, logo na entrada, onde se visualizam alguns móveis, como poltrona, sofas, cadeiras... (depois, Lindaura me informa que o marido é estofador).

Seguindo em direção à entrada da casa observei um jardim pequeno talvez 1x1m, parecendo remanescente do pátio, todo tomado pelo material de construção. No jardim, observo que tem um pé de camarão amarelo, bonito e

vistoso, crista de galo roxa, resistindo heroicamente ao cimento na sua volta e alguns vasos com azaléia, gerânios e lírios.Tem também um pé de maracujá e arruda, além de um pouco de grama, que provavelmente não sobreviverá ao movimento de uma construção.

Entramos na casa. Logo em seguida, tem 2 máquinas de costura à direita e pedaços de roupa sendo costurados. Entramos na sala, onde há 2 sofás grandes que acomodam as participantes do grupo, a coordenadora e eu. A partir da sala, vemos três portas que dão acesso a outros cômodos: dois quartos e uma cozinha.

Nádia e as participantes se conhecem entre si, já que todas participam do grupo de reeducação alimentar (“grupo das gordinhas”). Ela explica minha presença no grupo hoje e me oferece a palavra. Eu me apresento e falo por que estou nesse momento com elas. Explico a pesquisa e todos os itens a serem discutidos, conforme normas do comitê de ética. Falo também da necessidade de marcar uma entrevista com duas delas no final da reunião. Todas falam que não querem ser entrevistadas. Sinto uma certa resistência inicial, mas que, no final da reunião, não existe mais.

A seguir, apresento o perfil sócio-demográfico das participantes do grupo que avaliou o material “Cenas da Vida”.

Tabela 16.Dados sócio-demográficos das participantes do grupo observado

	P1	P2	P3	P4	Prof. 1
Idade	53	47	63	61	41
Est.Civil	Consensual	Casada	Casada	Casada	Consensual

Casada há quanto tempo	16 anos	28 anos	42 anos	42 anos	9 anos
Filhos	3	3	4	1	3
Uso do preservativo	Não	Não	Não	Não	Sim
Tempo	-	-	-	-	9 anos
Escolaridade	5ta série	Analfabeta	0	0	Superior
Trabalho	Do lar	Do lar	Comerciante	Costureira	Enfermeira
Renda Familiar	1 SM	1 SM	900,00	400,00	4000,00
Unidade que consulta	NSA	NSA	NSA	NSA	

O grupo observado na NSA foi o grupo com o menor número de participantes.

Todas as mulheres eram casadas há mais de 15 anos, e nenhuma delas usava preservativo nas suas relações sexuais, a não ser a profissional que coordenou o grupo. Todas são mulheres acima de 45 anos, e chama a atenção a sua baixa escolaridade. Três participantes nunca freqüentaram a escola, mas somente uma se declarou analfabeta. As outras duas fizeram questão de ressaltar que tinham aprendido a ler e escrever “com a vida”. Uma estudou até a quinta série do Ensino Fundamental. Esta baixa escolaridade está associada à renda fundamentalmente, e à questão geracional.

A renda é variável, mas duas ganham 1 SM, sendo que uma é pensionista e a outra, companheira de um catador de lixo. As outras duas ganham acima de 1,5 até quase 4 SM.

3.3.4.2.1As dificuldades teórico-metodólogicas na aplicação do material no grupo de mulheres no bairro N. S^{ra} Aparecida

Nádia inicia a conversa com as mulheres e sugere que a reunião comece com uma brincadeira. Explica a técnica dos balões às participantes. Primeiro, as pessoas têm que escrever em um pedaço de papel pequeno o que gostam e o que não gostam. Depois, têm que encher os balões e colocar o bilhete dentro. Após, as mulheres têm que brincar com os balões de forma a misturá-los. Finalmente, cada uma pega um balão, fura-o e lê o papel que estava dentro.

As mulheres fazem o especificado e se divertem brincando com os balões. Jogam uma para as outras, brincam, se levantam das cadeiras, tentam apanhá-los. Nádia pede, então, que cada uma estoure um balão e leia o que está escrito o bilhete. As mulheres estouram o balão, e pegam os papéis. Uma pessoa perde o papel e começa procurar, não acha, e todas começam a procurar, a reunião fica meio confusa, todas começam a procurar o papel, que não é encontrado. As pessoas lêem os bilhetes, fazem alguns comentários, mas nada é discutido ou feito uma síntese. Fica no ar, solto, sem objetivo nenhum.

Nádia, ao meu ver, tinha dois objetivos com essa técnica participativa. A primeira delas era descontrair as mulheres, o que foi conseguido, já que elas estavam completamente à vontade depois do exercício. Já em relação ao fato de escrever nos papéis o que cada uma gostava ou não, essa atividade ficou completamente fora do contexto do processo de avaliação do material, ,já que a pergunta era muito ampla e descontextualizada (gosta do que, em relação a que) e, por isso, não foi possível discutir “o que não gosta” e “o que eu gosto”, já que

tinha que se fazer, logo a seguir, a leitura da cartilha. Assim, houve uma quebra abrupta em relação à tecnica empregada e o objetivo da reunião, que era utilizar o material “Cenas da Vida”, que foi o assunto discutido a seguir.

Aqui, gostaria de conversar um pouco sobre as chamadas técnicas ou dinâmicas de grupo. A utilização de técnicas afetivo-participativas se popularizou, (e muito), no início dos anos 90, entre coordenadores de grupos de educação em saúde. Essas técnicas, que, em geral, tinham um objetivo comportamental, foram muito utilizadas como sinônimos de oficinas e de educação popular em saúde.

As técnicas participativas ou de dinâmicas de grupo são instrumentos do processo educativo. (Diercks,2002; Alforja,1992; Serrâo1999). Como fazem parte do método educativo, devem seguir o mesmo referencial teórico-metodológico da prática pedagógica.

É importante salientar esse aspecto, visto que, de forma geral, é utilizada uma dinâmica participativa, mas sem uma posterior reflexão sobre o conteúdo da dinâmica por parte do grupo. Tal aspecto foi observado na reunião da N.S. Aparecida.

Essa forma de utilização de uma técnica participativa talvez seja a mais comum entre os profissionais. Ou seja, a técnica utilizada é dissociada do contexto pedagógico e também incoerente com os objetivos desta ou aquela reunião. De forma geral, as técnicas são utilizadas seguindo duas tendências (Alforja,1992:9). A primeira é considerada mais psicológica, sendo o objetivo das técnicas utilizadas a descontração e a identificação dos participantes enquanto grupo. Uma segunda tendência é aquela que tem como objetivo, na utilização da técnica, que a conversa seja mais descontraída e simplificada em relação ao tema a ser

discutido. Ou seja, não há uma proposta de se aprofundar no tema. O problema, de forma geral, é discutido superficial e descontraidamente.

Esse tipo de aplicação da técnica participativa é a forma mais comum de utilizá-las segundo a observação empírica na nossa vivência com profissionais que fazem educação em saúde. No entanto, eles reduzem a educação popular em saúde a um processo de aplicação de técnicas, não levando em consideração a importância fundamental do papel transformador do processo educativo.

Assim, uma técnica participativa que tenha como objetivo a reflexão a partir das vivências cotidianas dos participantes deve seguir alguns princípios (Diercks,2002; Alforja,1992; Serrâo1999). estar coerente com o objetivo da reunião; conhecer bem a técnica e saber utilizá-la no momento oportuno; e saber conduzi-la corretamente, observando e conhecendo suas possibilidades e limites (que varia conforme o grupo e contexto em que são aplicadas).

Porém, o planejamento prévio da utilização dessas técnicas, que tem como princípio auxiliar de forma positiva o processo educativo, não deve “engessar” o trabalho em grupo. Significa dizer que quem está coordenando deve avaliar, no momento do processo educativo, se esta ou aquela técnica selecionada no planejamento é a mais adequada ou não, durante o desenvolvimento do processo educativo.

Assim, nós, coordenadores dos grupos, temos que nos fazer algumas perguntas antes de utilizar as técnicas de grupo, fundamentais para o bom andamento do processo educativo. São elas: Qual o tema que vai ser trabalhado? Qual é o objetivo na discussão do tema e da reunião? Quem são os participantes do grupo?(Alforja,1992:17)

Além dessas perguntas, é fundamental que o coordenador se prepare para a discussão do tema, para assim fazer uma conversa adequada sobre o mesmo com os demais participantes. Nos grupos que construíram o material, foram utilizadas diversas técnicas para facilitar o entrosamento entre as participantes e para facilitar o desenvolvimento do tema.

Inicialmente, o grupo coordenador propôs oito encontros com diversas dinâmicas para servirem como roteiro inicial da discussão do tema a prevenção das ISTs/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo e de baixa renda. Essas dinâmicas estão no último capítulo do “Manual para Equipes de Saúde” (Apêndice J). Todos os grupos modificaram, acrescentaram ou suprimiram uma ou outra técnica, conforme o andamento de cada grupo.

Porém, o grupo do Jardim Itú optou por acrescentar várias técnicas em cada encontro, o que fez com que os objetivos deles em relação ao tema que tinha que ser discutido (ISTs/HIV/AIDS em mulheres com parceiro fixo), fosse uma sucessão de técnicas que divertiram e descontraíram as mulheres, mas propiciaram pouca reflexão. Após uma avaliação feita com o grupo de profissionais e o grupo coordenador do estudo, foi decidido refazer todo o processo educativo. Um dos seus produtos finais é o cartaz “Num baile da terceira idade...”. Esses aspectos já foram relatados quando descrevi o processo de construção do material.

Já nos grupos de mulheres em que se avaliou o material educativo, foram utilizadas dinâmicas para realizar a leitura do material educativo, mas à exceção da proposta para o grupo de mulheres do cortiço, nenhuma delas foi aceita pelas participantes. Na Vila Jardim, foi proposta uma dramatização da leitura das

cartilhas em subgrupos. No Jardim Leopoldina, a leitura por personagens previamente selecionados também não foi aceita pelo grupo, pois dificultou a leitura. No grupo do bairro Nossa Senhora Aparecida, a sugestão foi que cada uma das mulheres lesse uma cena e depois fizessem os comentários em grupo. Também não foi aceito.

Assim, após a sugestão do coordenador não ser aceita pelos participantes dos grupos houve um processo de negociação entre coordenadores e participantes. Todos os grupos observados, a não ser o grupo do cortiço do Jardim Itú, optaram por uma leitura revezada entre as participantes, conforme a “seqüência das bolhas“ da cartilha. Uma leitura individual e coletiva ao mesmo tempo.

Esse processo de não aceitação e negociação da proposta demonstra, por um lado, a flexibilidade necessária ao planejamento e ao coordenador da atividade, fundamentais em um método dialógico. E isso é um ponto positivo, já que os profissionais poderiam ter tentado impor a sua visão sobre a dinâmica de leitura da cartilha. Porém, isso não aconteceu em nenhum dos grupos observados. Houve, sim, uma conversa, em que todos deram sugestões de como deveria ser a leitura da cartilha e se chegou a um consenso em todos os grupos.

Por outro lado, enfatiza a inexperiência em trabalho em grupo com material educativo impresso, visando auxiliar o processo educativo em andamento. Isso ocorre porque a experiência dos profissionais com material educativo impresso é a distribuição sem discussão conjunta do mesmo, a não ser em raras exceções. E isso se deve a vários motivos.

O primeiro é a carência de material educativo impresso em todas as Unidades de Saúde do SSC e dos postos de saúde em geral. O material educativo é escasso e, por isso, distribuído somente para algumas pessoas que , segundo avaliação do profissional, vão se beneficiar com o mesmo. O segundo motivo é que o material educativo é distribuído após a consulta individual, os grupos ou visitas domiciliares, a fim de consolidar os assuntos conversados. É uma espécie de “reforço técnico”. O terceiro motivo se refere a que o material educativo de forma geral é inadequado. Ou seja, ele está disponível, mas está muito descontextualizado em relação à população com a qual se trabalha. Esse aspecto geralmente é referido pelos profissionais sendo relacionado ao público para o qual está dirigido o material e à linguagem escrita do mesmo. Assim, o material se caracteriza por um excesso de termos técnicos, dificultando a leitura e compreensão do texto e, conseqüentemente não é distribuído, ficando esquecido em alguma prateleira da Unidade de Saúde. Foi o caso da cartilha “Aids na mira “, (anexo D) , que foi feita para o Exército e, não sabemos por que motivo, encaminhada também para os Postos de Saúde. Outro exemplo é a cartilha para adolescentes (Anexo D), em que a capa provocava um profundo estranhamento em quem a olhava e, por isso, não foi utilizada. Por último, é que a maioria dos materiais é colocada na sala de espera do posto. Os usuários pegam o folheto de forma livre. A leitura é feita individualmente, sem nenhuma discussão a respeito de seu conteúdo. [50]

[50] A esse respeito, posteriormente à aplicação do material em grupos, eu realizei 5 distribuições do material que está sendo avaliado neste estudo, na sala de espera de duas Unidades de Saúde. Depois, apliquei um questionário fechado para mais de sessenta pessoas sobre a sua impressão sobre este material, lido seqüencialmente e sem interrupções. Resumidamente, posso dizer que as vivências observadas nos grupos se repetem nas salas de espera, e a grande maioria das mulheres que responderam este questionário, se refere ao eixo “negociação do preservativo com o companheiro” como o mais importante do material. Esta técnica de pesquisa não foi incluída nos procedimentos metodológicos deste estudo, ,já

Assim, no decorrer desse estudo, tendo já realizado as observações da aplicabilidade do material, fiz, ainda, quatro encontros com profissionais do SSC e da rede municipal de Porto Alegre (cada um, com 20 profissionais). Eles tinham como objetivo construir uma proposta de uma melhor utilização desse material como auxiliar do processo educativo,,já que concluímos que isso se fazia necessário. Também nesses grupos se trabalhava a leitura do material. Cada um dos participantes lia “uma bolha” e assim sucessivamente. Interrompia-se a leitura ao primeiro comentário feito pelas participantes, relacionado a este ou aquele eixo temático.

Foto 67. Profissionais lendo a cartilha.

que não faz parte dos objetivos nem da tese a avaliação do material sem um mediador. Assim como a quantidade de material decorrente deste procedimento ia acrescentar mais páginas a esta já volumosa tese .

Foto 68.População lendo a cartilha.

Foto 69. População lendo a cartilha.

Com já foi colocado aqui, na cartilha “Conversa Franca”, o primeiro quadro da página 3, que suscita comentários é o do “espelho”, que propicia a discussão e diálogo sobre o eixo temático *corpo*. Tanto nos profissionais, como nas mulheres dos diferentes bairros, principalmente Jardim Itú e Vila Jardim, este eixo deveria ser discutido em duas horas, no mínimo, o que somente, no Jardim Itú, se realizou. Na Vila Jardim, ele ocupou a maior parte da reunião, mas ainda foram

abordados outros assuntos de forma superficial, como os aspectos das páginas 4 e 5 da mesma cartilha, em que se aborda a construção cultural e social do corpo e do silêncio que envolvem esses assuntos.

Já na cartilha “Aprendendo com a Vida”, o primeiro eixo é a questão da fidelidade/indidelidade que foi o eixo mais conversado na reunião do grupo do Bairro Jardim Leopoldina.

Figura 8. A minha tia era casada... Cartilha “Aprendendo com a Vida”, p. 2

O segundo eixo destacado nas reuniões onde se observou a Cartilha “Conversa Franca” é o uso da camisinha e a sua negociação (nas páginas 7 e 8), que foi discutida em todos os grupos, mas com maior profundidade no Jardim Itú e no Jardim Leopoldina, onde foram abordados os aspectos da terceira idade

Figura 9. É difícil pedir pro marido....Cartilha “Conversa Franca” , p. 7

Figura 10. Vocês conversam com seus maridos...? Cartilha “Aprendendo com a Vida” p. 5

Associada à negociação do preservativo vem a discussão da fidelidade/infidelidade que está nas páginas 8 e 9 da Cartilha “Conversa Franca”.

Figura 11. Eu confiava cegamente no meu marido....Cartilha “Conversa Franca”, p. 8.

A cartilha conclui discutindo o processo de diálogo e negociação com o parceiro e suas dificuldades.

Como podemos ver, a Cartilha “Conversa Franca” apresenta, no mínimo, quatro eixos temáticos que deveriam, cada um deles, ser discutido, no mínimo, em um encontro de duas horas de duração. Isso propiciaria uma problematização dos aspectos que envolvem sexo seguro e também aproximaria as mulheres que avaliaram o material daquelas que o construíram, o que foi realizado em 16 encontros. Ou seja, o material “Conversa Franca” e todos os outros materiais resumem, em algumas páginas, as vivências e reflexões do grupo que construiu o material . Esse se mostraram fundamentalmente adequadas em relação às vivências e reflexões das mulheres que avaliaram o mesmo. Porém, cabe observar, que a reflexão, mediada por profissionais de saúde, depende, principalmente, do seu preparo teórico-metodólogico para discutir o tema e propiciar uma conversa dialógica entre todos os participantes. Aspecto fundamental, que discuto mais adiante no texto.

Voltando então, aos eixos temáticos do material. No Jardim Leopoldina, devido à forma como foi realizada a leitura do material, corrida e sem interrupções, vários eixos não foram sequer discutidos como é o caso do eixo temático que discute a construção cultural e social do “ser mulher” em relação ao corpo e o chamado pudor “feminino”. Também a reflexão sobre a complexidade do tema que propõe a cartilha sequer foi abordada pelas participantes e pelo grupo.

Figura 12. Eu por exemplo....Cartilha “Aprendendo com a Vida”, p. 4

Figura 13. A gente sempre escutou.... Cartilha “Aprendendo com a Vida”, p. 4

Já na aplicação do material “Cenas da Vida”, observei as maiores dificuldades na sua aplicação . Acredito que isso seja resultado de vários fatores.

O primeiro deles se refere à dinâmica de leitura, linear e sem interrupções, prejudicando definitivamente o resgate dos conteúdos de cada uma das “Cenas” da cartilha. A esse respeito, já escrevi no capítulo da Vila Jardim, onde me refiro à relação dialética entre forma e conteúdo . Nesse grupo, se comprovou como uma forma inadequada de aplicação do material pode quase inviabilizar um diálogo problematizador entre os participantes.

Vejamos como isso aconteceu.

Como destaquei no início deste capítulo, este material acrescenta outros temas em relação à prevenção de ISTs/HIV/AIDS . Cada cena, na verdade, é um eixo temático que necessariamente deve ser lido de forma pausada, reflexiva e cuidadosa, já que não há possibilidade de resgate, por parte dos outros eixos, do

assunto discutido em cada cena que, por sua vez, estão todos relacionados. Porém, isso é importante e deve ser reconstruído pelo grupo que está lendo o material. Ou seja, a relação necessária dos temas feita pelas mulheres no momento da construção do material, necessariamente deve ser feita pelas mulheres que estão lendo-o e avaliando-o. Se isso não acontece, há uma fragmentação quase irreversível das cenas e uma discussão superficial. Cada cena da cartilha desenvolve um tema, ou seja, poderíamos dizer que são quatro cartilhas dentro de uma. Por isso, cada cena deve ser conversada em mais de um encontro, o que não foi observado, levando a uma discussão completamente superficial e não reflexiva dos eixos colocados em cada cena.

Isso é manifestado pelas participantes do grupo que, após a leitura de toda a cartilha, cada uma se refere a uma cena, conforme as vivências que ela suscita. *“É a vida mesmo. Duvido do homem que não gosta de uma...De cem tira um que não faça burrada, olhe lá, não boto a mão no fogo, eles aprontam muito.” (L63 anos, dona de armazém)*

Essas falas se referem ao quadro 5 da Cena 2 da cartilha “Cenas da Vida”.

Figura 14. O pior que estranhei... .Cena 2 da Cartilha “Cenas da Vida”.

Já, Laurinda, 61 anos se lembra junto com Marisa, de 53, de um tema retratado em duas cenas: o alcoolismo e como ele afeta o relacionamento entre os casais e família. (Cena 3 e 4)

> *"- É a realidade da vida . É. Esse negócio do patrão ir lá pro boteco tomar cachaça, é isso eu tenho a minha irmã que o marido dela ia todas noites, largava a firma e ia no boteco...*
>
> *- Meu cunhado é a mesma coisa, chega em casa, passa as tardes nos bares, solta os cachorros quando chega, faz aquela bagunça. Agora, eles estão dormindo separado, porque não suporta o fedor de bêbado."*

A partir destas falas, que trazem vivências complexas que deveriam ser compreendidas para melhor problematizá-las, se faz uma relação direta entre várias parceiras sexuais (primeira fala) e alcoolismo (segunda e terceira fala). Há uma sucessão de falas, que faz com que o assunto fique muito confuso, já que a coordenadora decide por contemplar todas as falas citadas pelas participantes sem se aprofundar em uma cena/tema, o que faria com que, pelos menos uma delas, fosse discutida com mais profundidade.

Nenhuma fala das participantes é questionada pela coordenadora, o que promove uma "vazão" de idéias e sentimentos em relação ao tema alcoolismo/infidelidade a partir das vivências de cada participante. Ou seja, o material propiciou um resgate do cotidiano, e a coordenadora valorizou esse cotidiano, ouviu as falas das mulheres, mas elas não lhe provocaram nenhum estranhamento ou questionamento. Isso pode ser explicado por vários motivos.

O primeiro deles se refere à fragilidade metodológica da coordenadora, que não soube utilizar o material que apresenta cenas difíceis de lidar porque exigiam uma abordagem complexa dos assuntos. Pela observação feita, vislumbrei que a coordenadora não tinha esse sedimento reflexivo em relação ao tema alcoolismo e fidelidade/infidelidade em uma relação estável.

O segundo aspecto positivo é a valorização do cotidiano das participantes por parte da coordenadora. Por outro lado, somente ouvir este cotidiano cria uma fragmentação do problema em discussão. E isso talvez se deva ao fato de que a coordenadora tem como princípio valorizar o cotidiano das participantes e das usuárias do posto. Ela acredita que, ouvindo o cotidiano destas pessoas que a procuram, está se diferenciando, tanto na sua prática educativa, como assistencial, em relação aos demais profissionais, que não fazem isto. Ela refere que muitos profissionais do posto não procuram compreender o contexto das pessoas, o que dificulta o relacionamento entre elas. Porém, ela acredita que o entendimento do contexto de onde está vindo essa fala é fundamental. Não vê isso como um mérito metodológico educativo, mas sim como um princípio de vida, em que o fato de ser da mesma origem social das moradoras do bairro facilita este ouvir.

> *"Talvez (eu me identifico com as dificuldades deles), entender o que eles passam, porque eu ando de ônibus como eles, tenho as mesmas dificuldades em algum momento da vida, com os filhos, com o marido, é só te dar conta das tuas coisas ..."*

Quando questionada sobre o fato de haver profissionais com outra origem cultural e social, dispostos a ouvir e refletir junto com a população, ela diz não saber por que isso acontece, mas reforça que se identifica com a experiência do outro é fundamental.

Vivencei claramente esses aspectos no andamento da reunião, quando ela também colocou as suas vivências em relação ao tema que estava sendo tratado. Essas vivências foram mais uma das relatadas e assim foi sentido pelo grupo. Na verdade, ela fazia parte do grupo, e isto é altamente positivo, já que não criava barreiras nos relatos conversados na reunião. Porém, em nenhum momento, fez alguma mediação, questionamento ou provocou algum estranhamento em relação às falas dos grupos. Ao contrário, então, dos grupos observados da Vila Jardim e Jardim Itú, em que as coordenadoras colocaram as suas vivências e, ao mesmo tempo, tentaram uma problematização no decorrer da conversa.

Estas observações são necessárias porque, como foi dito anteriormente, “valorizar o cotidiano” faz parte do discurso atual dos profissionais de saúde. Porém, é importante lembrar que sempre, por mais parecido que seja o contexto ou as vivências, as pessoas são diferentes e, por isso, há sempre uma possibilidade de estranhamento, um outro olhar, um gesto, uma expressão, uma prática que possibilita a reflexão daquilo que está se relatando. Ao não fazer a reflexão, estamos sedimentando muitos aspectos que deveriam ser superados no nosso cotidiano.

> *“Por isso mesmo, pensar certo coloca ao professor (...) o dever de não só respeitar os saberes com que os educandos chegam na escola, mas*

também, como há mais de trinta anos venho sugerindo, discutir com os alunos a razão de ser de alguns desses saberes em relação com o ensino dos conteúdos" (Freire, 2002:33)

Por isso, o desafio cotidiano da educação em saúde é trabalhar com as diferentes construções, as diferentes práticas e, a partir disso, chegar a um consenso, a um caminho comum, onde todos os participantes se sintam contemplados. Se o consenso não ocorrer, devemos entender que isso é um processo histórico, em que a mudança cultural e social são passíveis de acontecer, mas que dependem de um processo que começa questionando o inquestionável, o cristalizado: o cotidiano.

Entendo que, por mais integrados que os profissionais estejam no grupo, por mais que se "identifiquem" com as vivências dos participantes, por mais fluída que seja a conversa, por mais facilitador que seja o mediador do grupo, este e os outros são diferentes. Por isso, há necessidade de um estranhamento, que nos possibilitará o início de uma reflexão sobre o cotidiano dos participantes. Estranhamento, este, necessário na educação em saúde, já que nela percebemos, no mínimo dois olhares: o olhar do saber técnico e olhar da vivência, da prática. Estes olhares se misturam, se entrelaçam, se contradizem, formando uma infinita gama de construções de saberes e práticas, que não podem ser negados. Utilizar o discurso "eu me identifico com os outros, por isso flui a conversa" significa, na verdade, negar todas as possíveis contradições, dificuldades, aspectos positivos e aspectos a serem melhorados, de uma prática educativa em saúde onde não exista mais a dualidade entre o chamado saber técnico e o saber popular.

O saber exclusivamente técnico é impossível porque o profissional também tem a sua vivência em saúde, que não se restringe ao chamado saber científico, assim como não existe um saber popular puro, já que a população não aprende somente com a experiência, mas sim através de construções de conhecimentos que são repassados pelos diferentes espaços institucionais, como a escola, o posto de saúde, o hospital, a policlínica, a igreja e meios de comunicação de massa, que fazem parte desse cotidiano.

Assim, os saberes e práticas em saúde, construídos, tanto no cotidiano do profissional, como da população, devem ser esmiuçados para que se possa construir um saber coletivo e de validade intersubjetiva, onde o novo conhecimento, construído de forma participativa, será de todos e não somente do profissional ou da população.

Assim, a validade intersubjetiva está sedimentada na difícil compreensão das vivências, na complexidade da argumentação delas e na construção de um consenso teórico-prático, resultante de novas vivências e reflexões do grupo que está desenvolvendo um processo educativo fundamentado no diálogo e na participação.

Assim, penso que nós, profissionais da saúde, temos um árduo caminho a percorrer, no que se refere a aspectos mais complexos do método educativo, como a problematização e a síntese, que fazem parte de uma educação cujo objetivo seja uma ação comunicativa.

Ou seja, uma educação que vise o entendimento através de valorização das diferenças e a construção de um cotidiano em que a potencialização da humanidade dos sujeitos seja a sua principal premissa. Esses aspectos, da

problematização e da síntese, que fazem parte do “rigor metodológico de uma educação em saúde crítica”, serão discutidos a seguir, a partir da vivência das mulheres que participaram dos grupos de avaliação do material.

Foto 70. Grupo do bairro N.S. Aparecida

3.3.4.2.2 O processo de avaliação das cartilhas a partir das entrevistas individuais- As dificuldades teórico-metodológicas na aplicação do material – as vivências de Laurinda e Eulália.

Ao término da reunião, duas mulheres se dispuseram a conversar comigo, e imediatamente a entrevista individual ficou marcada para dentro de uma semana.

A primeira pessoa com quem conversei foi Laurinda (P4 no quadro geral), que mora na casa onde foi realizada a reunião. No dia combinado, sob forte chuva de outono, chego na casa de Laurinda, às 15 horas. Ela está me esperando e, imediatamente, sai para me receber no portão da sua casa, indicando onde eu posso deixar o carro .

O marido está trabalhando na obra e me olha de forma interrogativa. Na sala, está a cunhada que se encontra em Porto Alegre, acompanhando familiar em tratamento de câncer (quimioterapia). Por isso, vai ficar alguns dias na casa de Laurinda.

Dona Laurinda é muito simpática e falante e, antes de sentarmos para realizar a entrevista, ela me mostra com orgulho toda a sua casa. Fala com empolgação da construção que estão fazendo no segundo andar da residência, onde vai morar a filha (única), mas se queixa do incômodo e a bagunça que a mesma causa. Considera a sua casa grande, já que tem vários quartos e três banheiros. Ela aluga dois quartos com banheiro para um senhor com duas filhas.

Na sala, tem três saídas. Duas (com cortina substituindo a porta), que dão para dois quartos, um deles de casal. A terceira, dá para a cozinha. Nenhuma dessas peças tem janela. Da cozinha ou de um destes quartos, passamos para

uma peça grande, fechada, que é onde vive o inquilino. Logo a seguir, vem o banheiro. A seguir, uma escada leva para a casa da filha. Tudo é muito escuro, cheira a mofo e é úmido. A cozinha tem uma janela que dá para um pequeno corredor, que dá para o quarto alugado. Ela está bem arrumada, assim como a casa toda. Tem microodas, geladeira, freezer, entre outros equipamentos, e uma mesa redonda no meio com várias cadeiras. No quarto onde vamos fazer a entrevista, tem uma cama de solteiro e uma enorme mesa de jantar com seis cadeiras "*que não vejo a hora de me desfazer*" .

Dona Laurinda adora conversar e receber vizinhos na sua casa. E, por isso, está entusiasmada porque o grupo das mulheres vai ser na sua casa de agora em diante.

Dona Laurinda tem 61 anos e é natural de Encruzilhada do Sul – RS. Ela veio com 15 anos para Porto Alegre, para trabalhar como doméstica, atividade que exerceu até os 20 anos, quando saiu do emprego e foi morar na casa de uma prima no Sarandi. Naquela época, começou a fazer o curso de atendente de enfermagem na Cruz Vermelha, mesmo nunca tendo ido à escola. A partir disso, trabalhou 20 anos no Hospital Conceição, quando surgiu a nova lei de enfermagem, segundo a qual todos os praticantes da profissão tinham que ter curso de auxiliar e posteriormente técnico de enfermagem. Isso exigia da sua parte estudar no mínimo até a 8ª série e, depois, fazer o curso profissionalizante. Ela entendeu, na época, que era impossível atender às exigências formais de estudo. Demitiu-se, então, do Conceição e ainda trabalhou de forma irregular em outros hospitais, até que não teve mais campo de trabalho, devido ao não reconhecimento legal da sua formação "prática". Assim, com 25 anos de serviço,

se aposentou. Isso aconteceu há 10 anos. A partir daí, começou a trabalhar com costuras, pequenas reformas, já que *“só morar com o salário mínimo não dá”,* assim ela aumenta a sua renda em mais R$60,00 a R$80,00, por mês.

É dela o relato colocado anteriormente neste texto, em que conta como chegou no bairro onde mora há mais de 20 anos. A partir da sua chegada, começou a participar ativamente da associação de moradores e atualmente participa das reuniões do OP e também dos grupos do posto, assim como já fez parte da Cooperativa de Costureiras do bairro, de onde teve que sair, devido a problemas com a coordenadora.

Vou colocar a seguir alguns aspectos da minha próxima entrevistada, Eulália, já que as duas apresentam aspectos bastante semelhantes no que se refere a como vivenciaram a reunião.

Dona Eulália tem 64 anos, é alta, forte e tem um sotaque carregado do interior do Estado, pois tem na sua origem ascendência alemã. Ela é natural de Horizontina - RS, morando em Porto Alegre somente há seis anos. Mudou-se para esse bairro para ficar perto dos filhos, pois todos moravam nele ou nas redondezas. Para ela, que tinha uma vida intensa de atividades sociais no interior e onde *“não falava brasileiro, só alemão”,* a mudança para a capital do Estado foi difícil, já que teve que vender a sua casa, o seu armazém e principalmente se separar das suas amigas e comunidade. Assim, quando chegou ao bairro, teve um processo de adaptação que considerou o pior período da sua vida, pois junto ela teve um câncer de útero e, por esse motivo, teve que fazer cirurgia e radioterapia, que fizeram com que ela ficasse muito deprimida. Eulália se lembra de detalhes desse período e relata tudo minuciosamente na conversa que tivemos.

A situação fez com que ela criasse um vínculo bastante intenso com um médico e a enfermeira da Unidade de Saúde, considerando: *“são meus amigos, me deram força num momento que achei que ia morrer”.* Após os dois anos que levou para se recuperar desta situação, ela começou a se envolver com os grupos da Unidade de Saúde e também nas reuniões do OP. Foi através dessas atividades que começou a “se enturmar” com o bairro. Hoje, refere que gosta muito de morar no local, considerando-o muito tranqüilo .

Assim, tanto para Dona Laurinda, como para Dona Eulália, participar das diversas atividades comunitárias é um prazer e uma forma de aumentar os laços de amizade entre os moradores do bairro. E este também o principal motivo que a leva a participar das reuniões organizadas pelo posto de saúde:*“Eu participo porque eu gosto, me interesso, eu gosto de saber as coisas, estar também com as vizinhas...”*

Ao ser questionada sobre o que lembrava da reunião, ela diz que o que mais lembra é da brincadeira dos balões, já que deu para se divertir bastante, e que foi falado sobre a prevenção da AIDS.*“Do assunto, eu não me recordo, mas eu me lembro do que se falou, que foi a prevenção da AIDS, foi sobre as... só me lembro da brincadeira.”* Essa fala de Laurinda foi muito parecida com a de Eulália, a outra entrevistada do grupo que também se lembrou da brincadeira e, de forma vaga, do assunto discutido. Ambas gostaram muito da brincadeira porque propiciou um momento lúdico, mas não se lembram das perguntas e nem fazem relação com o restante do tema que era a prevenção das ISTs/HIV/AIDS.

No entanto, perguntando mais uma vez, as duas se lembram das conversas sobre infidelidade, que cada uma das participantes relatou. Elas referem que, indo

na mesma direção das mulheres do Jardim Leopoldina, “que homem é assim mesmo” e que “na idade em que elas estão, não muda mais nada”, e acrescentam que tudo que discutem no grupo é para os filhos ou netos. Que esta geração tem mais possibilidades de mudança, e elas compartilham as conversas da reunião principalmente com eles.

> *“Porque é difícil, eles (os homens mais velhos) tem aquilo que é machão, comigo não acontece, não vão usar. Por isso, tem que ir falando, com muita preparação, vim de longe na geração nova, dar a camisinha para os filhos usarem, explicar para a guria... Tudo isso tem que ir falando, eles podem mudar ...” (Eulália, 63 anos)*

A fala de Eulália revela um certo conformismo em relação à sua situação, e isso foi reforçado no momento da reunião. Em nenhum momento, os depoimentos das mulheres foram questionados, negando assim a possibilidade de reflexão sobre o assunto, que talvez não repercuta em mudanças práticas no cotidiano entre esses casais. Porém, não podemos afirmar isso porque não houve uma problematização das falas.

Assim, o fato das mulheres se lembrarem vagamente do que foi discutido na reunião tem, ao meu ver, relação direta com o processo metodológico empregado. Lembro, em relação a isso, que Darlene, do cortiço do Jardim Itú, se lembrava ainda de detalhes da reunião, mesmo depois de mais de um mês, assim como todas as mulheres entrevistadas dos outros grupos tinham muito presentes os aspectos discutidos durante as reuniões, já que, de alguma maneira, os

assuntos foram abordados de forma a lhes conferirem um significado, reflexivo ou prático, no seu cotidiano.

Por outro lado, o fato de Dona Eulália, como Dona Loreci, conversarem sobre a reunião com os filhos, netos e sobrinhos e mesmo com o marido é um aspecto que não deve ser desprezado, já que alguma importância a reunião teve no cotidiano delas, embora ainda não o possamos vislumbrar. Ou seja, no decorrer dos dias depois da reunião estas mulheres comentaram sobre as conversas que tiveram com as outras do grupo. Ao comentar com seus parentes, amigos e vizinhos, elas, na verdade, estão refletindo, na medida que estão falando sobre uma interpretação que fizeram sobre o assunto, e não das suas conversas em si. Assim, no momento da interpretação da conversa com o outro que não estava presente na reunião, pode ter acontecido uma reflexão sobre os assuntos discutidos. Esta reflexão pode ser a fala citada acima, que acontece quando elas referem que o investimento para a mudança cultural deve ser feito prioritariamente pelos jovens.

> *“porque eu acho que todo mundo deveria usar, porque a minha guria é nova e o marido dela é novo, e eu sempre digo para ela, o homem pode ser o mais sincero que for, mas deve-se usar porque a gente não sabe, o homem às vezes dá uma puladinha e as vezes dá uma puladinha do lado, erra e aí vêm as conseqüências, por isso eu digo e ela usa ..(Laurinda, 61 anos, costureira)*

A fala de Laurinda nos mostra como estas mulheres conversam com seus filhos e filhas. Esta fala foi destacada, já que se refere principalmente à fala dirigida para uma filha que, como coloquei anteriormente, muitas vezes estes assuntos são silenciados. Então, o fato dela conversar com a filha, já casada há vários anos, e esta usar o preservativo nas suas relações sexuais, o que se repete com a filha de Dona Eulália, nos mostra novamente um processo de mudança cultural. Porém, essa mesma fala nos mostra como é reforçado o estereótipo masculino como sempre infiel. Isso mostra como as práticas e as falas do cotidiano são contraditórias, o que é bom, já que é a partir das contradições e tensões que podem acontecer as mudanças. Também demonstra como as mudanças não são homogêneas ou em bloco, mas sim fragmentadas, conforme as necessidades do cotidiano. Assim, o uso continuado de preservativo nas relações sexuais requer uma mudança cultural, mas, por outro lado, não significa que ela será total ou envolverá todos os aspectos que contemplam as relações de gênero. Pelo contrário, há sempre processos contraditórios em curso, que fazem com que novas mudanças se façam necessárias e novas práticas sejam construídas.

Por isso, há necessidade de conversar sobre os problemas olhando a sua totalidade contraditória. Quero dizer com isso, que o fenômeno tem que ser visto através das relações que o sustentam, ou seja, uma visão complexa, onde vários aspectos que estamos discutindo ou outros fenômenos relacionados a ele, devem ser contemplados, para um melhor entendimento do problema. Ou seja, o que aconteceria se a filha de Dona Laurinda falasse: “Não, mas eu confio nele, não vou usar camisinha” (reforçando um outro aspecto sobre relações de gênero e

ainda dominantes no viver cultural das mulheres); “Eu uso porque também posso ter um envolvimento extraconjugal” (talvez mostrando um possível aspecto de mudança cultural); ”Eu não vou usar porque vai dar briga” (reforçando o silêncio). Enfim, são tantas as afirmações ou negações que tensionariam a discussão que, se não houvesse entendimento entre Dona Laurinda e sua filha, assim como entre as mulheres do grupo, as falas deveriam ser esmiuçadas para ver com mais clareza os aspectos relacionados ao uso do preservativo em mulheres de baixa renda com parceiro fixo.

Pelo relato de Dona Laurinda, entendo que os argumentos por ela utilizados para orientar a filha tiveram como resultado a realização de sexo seguro por ela. Por outro lado, não sei, já que não abordei estes aspectos neste estudo, como foi feita a negociação entre o casal, que aspectos relacionais foram discutidos, que aspectos foram modificados e/ou mantidos para eles praticarem sexo seguro nas suas relações, quais as contradições que surgem nessa prática, o que a sustenta, o que a modifica.

Faço-me essas perguntas porque, na verdade, este estudo e o material educativo avaliado têm como um dos seus principais objetivos, através de uma visão complexa do problema, estimular a negociação do uso do preservativo entre os casais heterossexuais de baixa renda. Como vimos até aqui, esta negociação é possível e é resultado principalmente das vivências e de seu compartilhamento, que suscitam uma reflexão que podem levar a um processo de mudança cultural (na minha opinião, em curso).

Contudo, não sabemos dos detalhes que sustentam as negociações sobre sexo seguro de médio a longo prazo. Por exemplo, em que aspectos é feita a

negociação, no que se refere às relações de gênero. Quais aspectos são negociados? Quais não são negociados? Quais são possíveis de serem negociados? A visão entre os casais é de uma visão complexa do problema ou uma visão fragmentada? Se for uma visão complexa, quais os aspectos que foram mudados e quais não? E por quê? E como estes influenciam na totalidade do cotidiano do casal? . Se for uma visão fragmentada, quais aspectos da totalidade foram mudados e por quê? E quais não foram mudados e por quê? E como estes influenciam na totalidade do casal?

Porque, na verdade, os grupos que construíram e avaliaram o material formularam propostas gerais, eficazes para os casais que se utilizam delas. Porém, por outro lado, ainda não esmiuçamos como se dá cada uma dessas negociações e que outros aspectos do relacionamento do casal envolve. Enfim, são perguntas que podem servir de base para um outro estudo, que dará origem, provavelmente, a novos materiais educativos, necessariamente envolvendo casais heterossexuais.

Porém, retomando as conversas com Eulália e Laurinda, gostaria de salientar um aspecto que vai me conduzir para a discussão da problematização. Elas e todas as participantes dos grupos entrevistadas colocaram que gostam de participar de tais encontros por motivos, como fugir da rotina doméstica, ser um momento de lazer, conhecer outras pessoas, outras experiências, aprender sobre o assunto em discussão, curiosidade pelo assunto.

Os motivos dados por todas me levam a pensar sobre a importância que os grupos educativos têm para aquilo que Paulo Freire aponta como despertar uma “curiosidade como inquietação indagadora” (Freire,2002:35). Isto é, os grupos

educativos e as atividades educativas em outros espaços da Unidade de Saúde e do território onde ela se localiza, devem estimular e principalmente tornar crítica essa curiosidade. Desse modo, o saber construído no cotidiano, tanto dos profissionais, como da população, necessariamente deve ser problematizado porque este movimento dialético entre o saber da experiência – que não é somente resultado da vivência, mas também das suas relações com todos os aspectos que compõem o mundo da vida –, e o saber crítico que é um dos objetivos fundamentais de uma pedagogia crítica. Propõe-se, então, não fragmentar, isolar os conhecimentos, mas sim a construí-los metodicamente. Significa afirmar que, através de aproximações progressivas, mediadas pedagogicamente por um profissional de saúde, podemos ir desvendando o oculto, fazendo as relações com a totalidade em que está inserido o problema.

Somente assim, haverá possibilidade de se superar a curiosidade despertada pela vivência e compartilhada nos grupos para despertar uma curiosidade crítica pelo cotidiano. Esta nasce e renasce sempre da experiência reconstruída e revisitada, em um movimento que vai superando os patamares que antes pareciam tão cristalizados.

> *"Precisamente porque a promoção da ingenuidade para a criticidade não se dá automaticamente, uma das tarefas precípuas[51] da prática educativa-progressista é exatamente o desenvolvimento da curiosidade critica, insatisfeita, indócil" (Freire, 2002:35)*

[51] precípua: essencial.Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira,1986.

Pela observação feita na aplicação da cartilha “Cenas da Vida”, penso que, neste grupo houve mais dificuldades de se promover uma educação crítica no sentido de provocar alguma inquietude entre as participantes. Lembro que, em todos os outros grupos, as participantes entrevistadas, com exceção de Iara, houve o surgimento de diversas inquietações e movimentos que conduziram a uma mudança prática ou a novas indagações, que precisavam ser respondidas através da troca de experiências entre as participantes. Em nenhuma das entrevistadas, observei “a resignação” demonstrada pelas participantes do grupo da Aparecida, mesmo que as mesmas discutissem o problema com outras pessoas, e isto considerando todos os aspectos por mim destacados neste texto. Aquilo que foi discutido não servia para elas, mas sim para os outros. O não reconhecimento delas com o problema mostra ainda que sequer a compreensão, etapa fundamental do processo educativo, foi atingida.

Houve, neste grupo, uma valorização espontânea do cotidiano (Freire,2002), o que somente reproduz o discurso do cotidiano, comum a todas as participantes. Esta valorização espontânea faz com que os participantes do grupo não se percebam como são. Em geral, o cotidiano manifestado de forma espontânea é a fala do cotidiano colonizado pelo sistema. Ou seja, há naturalização daquilo que é, na verdade, social e culturalmente construído.

Assim, em um grupo ou ação educativa que valorize o cotidiano de forma a não refletir sobre como se dão essas construções e relações, faz com que seja prejudicado o movimento de autoconhecimento dos sujeitos, que poderiam vislumbrar a sua inserção contraditória em um contexto econômico, social e

cultural. Em outras palavras, há diferenças fundamentais entre uma valorização espontânea do cotidiano e a compreensão e explicação de um problema, embora tais diferenças levem esses aspectos a se entrelaçarem e se manterem em uma tensão contraditória permanente. Nesse sentido, valorizar o cotidiano, as histórias que emergem dele e as vivências que elas provocam é o primeiro passo da compreensão, mas nunca o último, como aconteceu neste grupo observado e, em alguns aspectos, nos outros grupos.

A compreensão hermenêutica se refere fundamentalmente à revelação do que o outro aponta como verdade. Refere-se ao comum, mas também ao especifico de cada um dos participantes. Refere-se ao cotidiano sem uma vinculação com a totalidade social e econômica, mesmo que contraditoriamente, o cotidiano também seja resultado dessa totalidade. Apóia-se no chamado senso comum, que seria o saber advindo das vivências, já que isso permitiria *"o deslocamento de uma pessoa para o ponto de vista da outra, ou seja, para uma atitude compreensiva" (Minayo,2002:90).* Esse deslocamento passa necessariamente pelo chamado estranhamento, que é também uma atitude dialética, mas visa a compreensão ao invés da explicação.

O compreender o outro de forma hermenêutica significa sobretudo me compreender, ou seja, ao mesmo tempo em que estou compreendendo o outro, estou compreendendo a mim mesmo. Desse modo, os horizontes de entendimento, inicialmente diferentes, podem chegar a um acordo, a um entendimento intersubjetivo. Por isso, há a necessidade dos profissionais colocarem o seu cotidiano, nos espaços educativos, como um elemento a mais no grupo. Metodologicamente falando, tal atitude necessariamente provocará um

estranhamento que vise a compreensão entre todos os que participam da atividade educativa.

Sendo assim, o desenvolvimento da compreensão hermenêutica é muito mais que valorizar espontaneamente o cotidiano e, por isso, oferece dificuldades para os profissionais de saúde, tendo em vista que significa uma ruptura com o modelo positivista da neutralidade, tão arraigado entre nós, e sua substituição por outro modelo que valorize o sentir, o dia-a dia, o contexto e suas influências na compreensão do sujeito. Porém, o processo de ruptura entre um referencial pedagógico e outro parece ser uma valorização espontânea do cotidiano, que não é suficiente, já que não constrói a alteridade. Por outro lado, demonstra as dificuldades contraditórias, principalmente, entre um discurso de valorização do cotidiano com o objetivo de compreender e uma prática que não segue este princípio. Contudo, isso é altamente positivo por revelar uma mudança em curso, quanto ao referencial pedagógico entre os profissionais de saúde. Essa dificuldade sentida pelos profissionais de expor os seus cotidianos a fim de compreendê-los é um dos desafios do material educativo avaliado. Isto é colocado através das falas dos profissionais de saúde que participaram da técnica do grupo de consenso, do qual selecionei a fala a seguir:

> *“Mas até nesse ponto a cartilha é provocativa, e provoca coisas em todo mundo que está trabalhando, o profissional, quem está no grupo, individualmente.Ela provoca porque tu tens que te colocar como mulher, porque tem que avançar no que está travado, porque se eu fico trancada, não avanço, não há troca, porque aí a gente chega a uma terceira versão,*

mas é difícil porque a gente no grupo é mulher também...” (A., 34 anos, assistente social)

Como já coloquei anteriormente, acredito que a compreensão não seja suficiente para provocar uma curiosidade, uma necessidade de “saber mais”. Assim, a problematização do processo de compreensão é a essência de uma educação crítica que permita a superação dos preconceitos. *“A mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia” (Habermas, 1987:20. In: Minayo, 2002:100)*

A contestação das tradições que oprimem e levam ao sofrimento dos sujeitos, mas que são de consenso, devem ser questionadas. As normas injustas, mas que são cumpridas, também, assim como as violências provocadas por preconceitos sobre a homossexualidade e o aborto devem ser processualmente e contraditoriamente eliminadas. Ou seja, é necessária a problematização e a argumentação para superar aquilo que é compreendido, mas que, ao mesmo tempo, pode provocar desigualdade e homogeneização. Somente assim, será possível mudar ou preservar o cotidiano, conforme o consenso deste ou aquele grupo. Todavia, esta preservação ou mudança somente podem ser iniciados, dialética e contraditoriamente, a partir da reflexão do cotidiano. Não mais um cotidiano isolado, como se fosse um espaço de consensos indiscutíveis, mas sim um cotidiano em relação dialética com o sistema, onde o trabalho, os meios de comunicação e o sistema econômico também influenciam de forma importante o mundo da vida.

> *“Ou seja, enquanto a hermenêutica busca a compreensão pela tradição e na linguagem, a argumentação dialética introduz na compreensão da realidade o principio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação .” (Minayo, 2002:101)*

Desse modo, valorizar o cotidiano para compreendê-lo e explicar de forma dialética a realidade são a essência de uma educação crítica nos dias atuais, o que oferece uma série de dificuldades para a sua construção: exige flexibilidade, possibilidade, necessidades, curiosidade epistemológica (curiosidade metódica) e um envolvimento, não somente objetivo do coordenador do processo, mas que contribua de forma crítica com as suas vivências e experiências.

Uma das maiores dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde que aplicaram o material nos grupos e nas consultas individuais foi justamente sobre o cotidiano retratado nas cartilhas e a sua reconstrução inicialmente compreensiva e depois crítica de um cotidiano comum, mas distinto também e, por isso, difícil para todos os participantes, profissionais e população. Por isso considero importante a dificuldade teórico-metodológica encontrada pelos profissionais ao aplicar um material educativo que não fosse meramente informativo, mas que também problematizasse o cotidiano da população.

Tal dificuldade se manifesta especialmente no grupo de N.S. Aparecida. Lá, a forma como foi aplicada a cartilha influenciou diretamente no conteúdo, já complexo do material, impossibilitando uma compreensão mais aprofundada das participantes do grupo em relação aos problemas discutidos. Nesse sentido, considero a necessidade de se fazer mais observações de aplicação dessa

cartilha, dessa vez, com as sugestões vivenciadas e refletidas nos grupos já observados, com o intuito de sabermos se realmente o material propicia uma leitura crítica do cotidiano no que se refere à prevenção de ISTs/HIV/AIDS nas mulheres com parceiro fixo.

Nos outros grupos observados, assim como nas consultas individuais, observei que há uma preocupação em valorizar o cotidiano e compreendê-lo, o que percebi no Itú, principalmente em relação ao tema *negociação do preservativo*, bem como, no beco da Alberto Barbosa, em relação ao tema *corpo*, onde puderam ser feitas problematizações, que provocaram desde inquietações até mudanças concretas no cotidiano. Por outro lado, no mesmo grupo da Alberto Barbosa, conclui que a problematização do uso do preservativo ficou incompleta, sem sequer serem abordados aspectos compreensivos do fenômeno. Isso teve relação dialética com a forma com que foi aplicado o material (que influenciou o seu conteúdo), e não com o embasamento teórico-metodológico da coordenadora.

Já no Jardim Leopoldina, houve uma compreensão e problematização do problema *camisinha e terceira idade,* bastante interessante. Como foi relatado anteriormente, todas as participantes colocaram de forma crítica o uso do preservativo masculino, as dificuldades e com sugestões para usar outros métodos preventivos, que dependem muito mais do acesso econômico das mesmas ao método, para pelo menos tentar o mesmo. Ou seja, apontaram a possibilidade restrita do preservativo feminino dificultando as possibilidades de mudança cultural entre casais de terceira idade.

Por outro lado, no mesmo grupo, o coordenador teve dificuldades em problematizar a respeito das relações de gênero e o amor romântico, tão citado na

construção do material. Isso pode ser atribuído às dificuldades metodológicas e à falta de leituras necessárias para discutir tal aspecto por parte do profissional, já que as participantes colocaram em falas expressivas as suas dificuldades. Porém, isso não foi questionado. Além de ser difícil problematizar relações de gênero porque necessariamente envolve uma compreensão das nossas relações, observei que não havia subsídio teórico do coordenador que pudesse facilitar a discussão.

Em relação à consulta individual onde foram aplicadas as cartilhas, a dificuldade maior é inserir a cartilha no processo da consulta e fazer uma leitura conjunta de alguns poucos quadros e combinar para a consulta seguinte uma leitura ou discussão mais demorada sobre ela. Assim, na segunda consulta, além de ver algum resultado de algum exame solicitado (geralmente, do preventivo de colo ou mamografia) era discutida ,a partir da leitura anterior individual, e posteriormente mediada pelo profissional. Isso foi feito e teve mais ou menos os mesmo resultados que os grupos. Porém, houve pessoas que não retornaram para a consulta e, portanto, não houve retorno sobre a leitura individual do material.

Na consulta individual, a utilização da cartilha envolve também um empenho do profissional. Ele necessita abordar não somente aspectos clínicos fundamentais na consulta, mas também aspectos de processo preventivo, que é o que a cartilha desenvolve ao tocar sobre o uso do preservativo. Ou seja, a cartilha também problematiza a prescrição da camisinha, pura e simplesmente, e favorece uma discussão das dificuldades cotidianas que fazem parte deste método. Isso, na primeira consulta. Na segunda, há necessidade de escolher um tema para ser

conversado e o escolhido sempre foi as dificuldades apresentadas na negociação do preservativo.

Um outro aspecto em relação à metodologia do material que gostaría de comentar se refere a que, em nenhum grupo observado, tenha sido questionado às participantes se elas tinham interesse em distribuir o material na sua rede social. As entrevistadas reclamaram por não ter recebido material para distribuir, já que as pessoas com quem comentaram o material tinham interesse em ficar com um exemplar. Algumas retornavam no Posto para pegar (como foi o caso das participantes da N.S.Aparecida), mas a maioria teve que se limitar a emprestar o material, já que *"quando der vontade de ler, eu já pego, ou mostro prá alguém".* Referem também todas as pessoas para quem mostraram gostaram muito, pois fala das dificuldades do dia-a-dia.

Chama a atenção também, que os homens, principalmente companheiros, filhos e netos tenham lido a cartilha, mas não teceram comentários com as entrevistadas. Ou seja, os comentários feitos a partir da leitura da cartilha se restringiram às mulheres para quem as participantes relataram a reunião e mostraram o material.

A seguir coloco, em uma tabela, as diferentes "trajetórias" que o material fez após a reunião.

Tabela17. Distribuição das cartilhas pelas participantes entrevistadas de forma individual.

Entrevistada	**Com quem conversou e mostrou a cartilha**	**Total de pessoas contatadas**
Fabiola	marido	1
	vizinha	2
Maria	*Marido*	*1*
	Vizinha	*1*
	Prima	*1*
Isabel	Ninguém	0
Andreia	*Vizinha*	*1*
Darlene	*Conhecidas*	*6*
Maria Rita	*Filhos*	*2*
	Filha	*1*
	colegas de trabalho	*6*
Giulia	Filho	1
	Vizinha	1
Mirta	*Filha*	*1*
	Genro	*1*
	Vizinhas	*12*
Célia	Vizinhas	6
Laurinda	*Filha*	*1*
	Genro	*1*

Entrevistada	**Com quem conversou e mostrou a cartilha**	**Total de pessoas contatadas**
	Marido	*1*
	vizinhas	*+ 4*
Eulália	marido	1
	Filha	1
	Filhos	3
	Vizinhas	3
	netos	3
Total de contatos		**61**

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas individuais

Como vemos na tabela, 11 pessoas divulgaram o material e a conversa da reunião para outras 61 pessoas. Se fizermos uma média, dá em torno de 5 pessoas por entrevistada. Se multiplicarmos por todas as mulheres que participaram desse processo de avaliação e construção, teremos em torno de 500 pessoas que podem ter ouvido algum comentário das reuniões e poderiam ter recebido o material.

Também percebi isso nas salas de espera, onde a média de material a mais que cada pessoa solicitava era de 4 cartilhas. É claro, isso é uma média. Porém, se observarmos melhor, veremos que há extremos de 6 a 12 contatos, feitos na vizinhança. É importante identificar essa questão no grupo ou na consulta para facilitar que essas pessoas, que tem maiores vínculos ou contatos sociais na vizinhança recebam material educativo em maior quantidade. Além disso, observei

que a grande maioria das entrevistadas conversou inicialmente com a família, inclusive com os homens (marido, filho, genro, neto), o que demonstra que o núcleo familiar tem relevância nesta divulgação.

Um fator que pode ter contribuído para que os profissionais não dessem material a mais para as participantes é que sempre o material impresso é escasso, mas isto não se aplica ao material elaborado. Há estoque suficiente dele em cada um dos postos onde foi construído. Acredito que a distribuição insuficiente por parte dos profissionais se deva ao desconhecimento do potencial de "promotoras de saúde" que as trajetórias de uma conversa em grupo ou individual desempenham após um encontro. Na verdade, isso é uma contradição na aplicabilidade do material, em relação ao processo de construção, já que um dos seus objetivos era a divulgação do material por parte daquelas que o construíram. Tal meta foi atingida com bastante sucesso no Jardim Leopoldina e na Unidade N.S. Aparecida, onde as mulheres foram de casa em casa e aos espaços coletivos para conversar sobre o material construído e seu papel na discussão crítica sobre a prevenção da IST/HIV/AIDS. Por sua vez, na Vila Jardim, a divulgação foi mais restrita, mais concentrada no lançamento do material e em nível individual por cada uma das participantes, sem uma ação sistemática. No Jardim Itú, se deu através da apresentação de uma peça de teatro, criada a partir do roteiro do cartaz e apresentada em vários locais.

Em todos estes momentos, as mulheres que distribuíram o material se sentiram valorizadas pela comunidade e também notaram que as pessoas "liam mais atentamente" e eram questionadas sobre dúvidas que surgissem na leitura conjunta. Nos grupos em que foi aplicado o material, houve, como vimos, uma

ampla discussão dos conteúdos do material por parte dos participantes. Porém, a distribuição foi restrita, devido à falta de percepção por parte dos profissionais sobre a importância, por parte da população que participa dos grupos, da conversa e da divulgação posterior ao momento da sistematização dos conteúdos tratados no material. Um fato simples, como distribuir material a mais para as participantes do grupo, está impedindo uma ação educativa entre pares.

Cabe explicar, nesse ponto do texto, o que se denomina educação entre pares. Tal processo educativo tem como objetivo fundamental que o protagonismo do processo educativo seja fundamentalmente dos próprios moradores do bairro, dos alunos da escola ou dos integrantes de um grupo.

O material educativo construído e avaliado cumpre esta função fundamentalmente pelo referencial metodológico que o sustenta. Isso é destacado positivamente por todas as participantes e entrevistadas dos grupos: é um material que fala da realidade e suas dificuldades mediada por uma linguagem simples, de fácil leitura, mas sobretudo uma linguagem inserida em um contexto social, cultural e econômico, que busca o reconhecimento intersubjetivo, por isso, passível de crítica e reconstrução, mas com possibilidades de construir um consenso que fundamentem novas práticas, onde não mais seja necessário induzir, através do saber instrumental científico, novos comportamentos, como o material educativo existente insiste em veicular.

> *“Eu gostei da cartilha, fala das mulheres que falam com os maridos, que não gostavam de usar a camisinha, e uma disse que queria fazer greve, né? Eu gostei da cartilha porque ela é bem fácil de entender...”*
>
> *(A , 19 anos, moradora do cortiço do Jardim Itú)*

“O livrinho é muito fácil de entender, é reflexo da realidade, prá o casal comum que tu vê todos os dias. Então, eu achei muito mais a nossa realidade do que o tipo de informação dos comerciais da TV, que da forma como é colocado, parece que contigo nunca, nunca vai acontecer. O livrinho mostra que o casal que tu conhece, de repente pode estar vivendo essa situação, entendeu. Então achei ele muito mais nossa realidade...”

(M., 52 anos, Jardim Leopoldina)

“Devia ser entregue nas casas, nas ruas, que até é um trabalho pequeno, fácil de ler e ilustrado. Porque as pessoas não querem um monte de letrinhas, até porque não tem paciência. Assim ilustrado, a pessoa pega mais a ler e fica uma coisa importante. (R., Vila Jardim,)

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

No fim da viagem,
tem uma porteira se abrindo
para a madrugada suspensa.
É prá lá que eu vou
pró céu e pro ar, rosilho,
para os pastos de orvalho

(Adélia Prado)

Após essa longa caminhada, tanto pelo tempo prolongado em que se desenvolveu este estudo, quanto pelo número extenso de páginas em que resultou o seu relato, apresento agora as conclusões e sugestões que resultaram de uma síntese do problema e dos objetivos e tese que o nortearam .

Tentei mostrar o difícil caminho da compreensão intersubjetiva entre os sujeitos participantes dos grupos, assim como as contradições, dificuldades, os aspectos positivos e aqueles a serem superados, aspectos resultantes do processo de construção e aplicação do material educativo.

Como coloquei no item 1.3.3 deste texto, a avaliação das cartilhas nos grupos educativos e na consulta individual significou também a avaliação do processo de construção do material, representado pelo próprio material, no espaço educativo onde estava sendo a feita a avaliação da sua aplicabilidade. Assim, a leitura da cartilha era produto final de um processo educativo anterior. Ao mesmo tempo, era “objeto” de avaliação de um outro grupo educativo, composto por outros participantes, mas cujo contexto era semelhante aos primeiros, no que se refere a construções culturais e inserção social e econômica.

Tendo isso presente, devo dizer que as separações feitas no texto entre a construção e a análise do material foram formais e metodológicas, no sentido de fazerem parte do processo de abstração o “isolamento“ do fenômeno, para, após a sua análise, voltar à concretude, integrado mas também transformado.

Assim, em relação à construção do material posso dizer - como resultado da avaliação da aplicabilidade e quanto ao modo como ele foi vivenciado pelas mulheres dos diferentes grupos – que, enquanto síntese de um processo

educativo anterior, ele encontrou uma validade intersubjetiva entre os grupos que não participaram da sua construção. Ou seja, o processo de construção, que tinha como um dos seus objetivos produzir um material que reproduzisse de forma crítica as conversas desenvolvidas nele, alcançou uma repercussão muito positiva entre as participantes dos diversos grupos.

Lembro que esse processo foi longo e intenso, tendo em vista que inicialmente se discutiu de forma complexa o tema da prevenção de ISTs/HIV/AIDS com as mulheres dos bairros e os profissionais. Depois, se fez uma síntese de todo esse processo, o que resultou em quatro produtos (três cartilhas e um cartaz). Além disso, foi necessário rigor metodológico para que o material refletisse de forma problematizadora o mundo da vida das mulheres com parceiro fixo que discutiam a prevenção das ISTs/HIV/AIDS.

Assim, o dia-a-dia das mulheres é retratado a partir dos eixos temáticos que surgiram no decorrer das conversas dos grupos, que foram o resultado do processo de síntese realizado pelas mulheres dos bairros e os profissionais no momento da elaboração dos roteiros. Essa síntese é refletida nos materiais de diversas formas, ora como síntese final do processo educativo de construção (por exemplo: “achei minha xexeca bem bonitinha “, da cartilha “Conversa Franca”), ora como ainda em processo de construção (“Porque existe a fé cega” e “A fé conhecendo a pessoa” no material “Aprendendo com a Vida”), ora apresentando sugestões concretas para uma possível conversa com o companheiro como é a questão de “Comer o mingau pela beiradas” na cartilha “Conversa Franca”.

Estas diferentes formas de apresentar os eixos propiciaram discussões diferenciadas, tanto na construção, como na avaliação do material. Porém, seu desenvolvimento dependia fundamentalmente do preparo teórico-metodológico do coordenador que estava mediando o processo de avaliação, já que o reconhecimento da grande maioria das mulheres com o material suscitava conversas quase intermináveis sobre os temas lidos. No entanto, devido principalmente às dificuldades apresentadas na aplicação do material, os profissionais não se propuseram a discutir o tema da prevenção das ISTs/HIV/AIDS em mais encontros, à exceção do Jardim Itú.

Já no processo de construção do material, com se sabia, aconteceria em vários encontros para discutir o assunto da prevenção das ISTs/HIV/AIDS. O planejamento dos encontros foram feitos de acordo com a necessidade de se aprofundar vários temas para discutir o problema, e isso demandaria no mínimo oito encontros por grupo (que, depois, foram estendidos para 16 a 20 encontros), realizados semanalmente.

Aqui, temos a primeira contradição entre o processo de construção e o de avaliação do material: se o material construído era resultado da síntese de uma discussão aprofundada do problema, realizada em vários encontros, não deveria o material propiciar também uma série de reuniões para discutir o material?

Acredito que o material educativo propicia, sim, ser discutido em vários encontros, devido à complexidade de cada um dos eixos temáticos nele desenvolvidos. Isso não foi possível principalmente pelas dificuldades teórico-metodológicas apresentadas pelos profissionais que mediaram o processo de

avaliação. Assim, na verdade, a contradição entre o processo de construção do material e a avaliação quanto ao numero de encontros necessários para a sua discussão está relacionada, não diretamente ao conteúdo em si, mas sim à forma como foi aplicado o material, o que influencia diretamente no desenvolvimento dos eixos temáticos e na vivência do material por parte dos profissionais e da população.

Posso dizer que uma contradição básica ao próprio material seria a relação dialética entre forma e conteúdo, que influencia a aplicação do material. A relação estabelecida na aplicação do material, por sua vez, está ligada às contradições e dificuldades presentes no referencial teórico-metodológico educativo empregado (também em processo de contradição), já que se refere à construção de um novo fazer em educação em saúde, ainda impregnado de uma prática educativa tradicional e positivista. Nesse sentido, o material educativo que tem o objetivo de problematizar o dia-a-dia dos participantes apresenta as dificuldades e contradições de um processo educativo correspondentes a esse referencial.

Acredito ainda que, quanto maior for o número de encontros em que o material educativo construído coletivamente fosse lido, maior será a possibilidade de ressignificação dos seus conteúdos. Também maior, a possibilidade de construir um outro material, pois, conforme uma educação dialógica e participativa, os assuntos poderão ser discutidos com maior compreensão, propiciando uma argumentação em profundidade e com complexidade.

Por outro lado, quando alguns conteúdos do material já estão superados pelo grupo que o está lendo, não há necessidade de maiores encontros para

verificá-los, mas sim para conversar sobre os novos assuntos suscitados e até construir um outro material, o que não deixa de ser a retomada da discussão de um assunto superado. Esse aspecto foi vivenciado pelas mulheres da Alberto Barbosa, quando compartilhavam no grupo as experiências de negociação do uso do preservativo com o parceiro. As vivências relatadas na cartilha, quanto a esse eixo, já haviam sido superadas pela maioria do grupo. Porém, novamente, a forma de utilização do material impediu uma discussão problematizadora. Vivenciamos também esse aspecto de superação do material em uma das mulheres que fez uso da cartilha por meio da consulta individual. Ela não se reconheceu porque a discussão sobre a possibilidade de uso do preservativo já estava superada para ela. Afinal, há vários anos, usava preservativo pelos mesmos motivos relatados pelas outras participantes dos grupos.

Acredito, então, que o material necessita de vários encontros para se conversar sobre os eixos que fazem parte do material. Assim, ao mesmo tempo em que o grupo se reconhece no material, podemos observar as possíveis contradições que aparecem em relação aos eixos temáticos do material utilizado. Então, a partir delas e do cotidiano das mulheres, podemos suscitar mudanças nas suas praticas, que necessariamente devem ser relatadas nas construções de outras cartilhas. Por outro lado, se os conteúdos que constam no material, principalmente no que se refere à negociação do preservativo, se encontram superados por algumas participantes do grupo, é fundamental que essa experiência venha a ser discutida. A partir do compartilhamento de tais vivências, propicia-se que todas construam novas experiências através das vivências

relatadas e experienciadas por outras mulheres do grupo. Somente assim há possibilidade de construir um novo material, que seja fruto da reflexão daquele que o precedeu.

Talvez, uma forma de facilitar o processo grupal auxiliado por material educativo seja a construção de um material com o formato do “Cenas da Vida”. Nele, cada eixo, que segundo as participantes do grupo de construção do material, é representado por uma “minicartilha” dentro de um material. Isso, é claro, se forem superadas as contradições entre forma e conteúdo da aplicabilidade, porque, como analisamos no capítulo três, foi esse formato de cartilha o que mais dificultou o seu uso pedagógico.

Por outro lado, foram os outros formatos do material que favoreceram uma maior problematização nos diversos assuntos contemplados pelo material, mesmo revelando uma contradição entre a forma e o conteúdo da aplicação do material. Ou seja, mesmo que o material educativo (aqui excluindo Aparecida), não fosse aplicado na sua forma “ideal” pelos coordenadores dos grupos, o material teria propiciado uma discussão a partir do cotidiano dos participantes. Em diversos eixos, houve uma complexificação das discussões e reflexões, mas, em outros, uma superficialização, demostrando uma dificuldade pedagógica por parte dos coordenadores dos grupos e uma contradição entre forma e conteúdo em relação à aplicabilidade e vivência do material.

Lembro ainda que, de toda a bibliografia pesquisada em relação à avaliação de material educativo para a saúde, em nenhum dos textos se faz a análise de forma e conteúdo a que estou me referindo. Isso ficou tão claramente

demonstrado no relato e análise do processo de aplicação do material educativo descrito no capítulo 3. Na maioria dos estudos citados, a preocupação está no conteúdo e na linguagem do material.

Quanto ao conteúdo do material, constatei haver um auto-reconhecimento da maioria das participantes nele. Esse é o primeiro passo para iniciar um processo de discussão, pois quando as mulheres consideram familiar o que está sendo conversado na cartilha, é facilitado o processo de estranhamento, seja pelas vivências diferenciadas de cada participante, que contribuem, assim, para uma ressignificação do material, seja pela intervenção pedagógica do mediador que está coordenando o processo educativo. Os conteúdos propiciam também uma reflexão, mas essa depende sobretudo dos fundamentos pedagógicos de quem coordena o processo.

O mediador é fundamental, já que cabe a ele, de forma geral, fazer emergirem as diferentes contradições do eixo em discussão, assim como levantar as dificuldades e as diferentes vulnerabilidades, presentes em cada grupo em relação ao problema da prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda e parceiro fixo.

O único caso de não reconhecimento com o material foi o de Iara, da Vila Jardim. Ou seja, ela não conseguiu se ver nas falas, nas atitudes e propostas das mulheres que fizeram a construção do material. Para ela, como foi relatado no texto, tudo era muito distante e fora das suas possibilidades de mundo, marcado, ao longo da sua vida, pela exclusão social e quase desumanização. Para ela e as outras Iaras, cabe uma outra abordagem, muito mais compreensiva e

essencialmente intersetorial no que se refere ao resgate da sua condição humana. O fato também dela não saber ler e escrever nos encaminha para um outro tipo de linguagem, exclusivo daqueles que não tiveram oportunidade de alfabetização.

O interessante em relação ao conteúdo é que este nos mostra, também, no processo de construção e de avaliação, quão contraditórios são os chamados processos de mudança cultural, que, muitas vezes, são processos de emancipação. Assim, se uma mulher consegue negociar com seu companheiro o uso do preservativo, isto não significa, de forma direta, que ela tenha um maior conhecimento do seu corpo ou que tenha superado as amarras culturais da sexualidade, assim como não são aquelas de maior escolaridade que utilizam o preservativo, nem aquelas com renda própria nos grupos observados. E isto, como já coloquei no texto, não quer dizer que está contra as estatísticas da epidemia, que apontam justamente estas mulheres como as mais vulneráveis para contrair o vírus do HIV/AIDS.

Na verdade, o que pode parecer uma contradição entre os números e o que foi vivenciado no processo de construção e avaliação é um esforço de superação, contraditória, de um problema cotidiano como a contaminação pelo HIV/AIDS para as mulheres de baixa renda, com baixa escolaridade, sem renda própria e até os 35 anos. Então, a partir das necessidades do cotidiano, surge uma problematização do mesmo que faz as mulheres e os homens agirem conforme as necessidades práticas de tal cotidiano. É isso que leva a uma mudança cultural como o uso do preservativo nas relações sexuais. Isso em uma população jovem, de baixa renda e em um contexto onde a prevalência do HIV/AIDS é alta, como

vimos nos dados epidemiológicos citados. Porém, como todos sabemos, as mudanças culturais em curso são muito mais lentas, contraditórias e difíceis de alcançar. A transmissão em velocidade geométrica do vírus HIV através da relação sexual, uso de drogas injetáveis, ou a chamada transmissão vertical fazem com que estejamos correndo “atrás da máquina”, ainda.

Assim, o material educativo construído através das experiências das mulheres e novamente lido nos grupos onde foi avaliado permite, justamente, que a população mais atingida pela epidemia encontre os seus caminhos para a superação das barreiras que impedem a discussão de sexo seguro com o parceiro. Estes caminhos, que nascem e renascem do mundo da vida e, por isso, estão impregnados de vivências, tradições e comportamentos, devem ser discutidos de forma dialética para permitir que as contradições surjam e, assim, possam ser superadas. Somente através do reconhecimento das vivências, descritas parcialmente no material avaliado, e da sua ressignificação, será possível acontecerem as mudanças necessárias.

Como colocamos anteriormente, é no mundo da vida que acontecem as mudanças. Porém, também nele, se cristalizam de forma quase perversa, as relações de dominação, de silêncio, de opressão, preconceito e estigmatização. Assim, através da participação na construção de um material que vise a compreensão e a explicação do mundo da vida no que se refere aos mais variados aspectos que dizem respeito à prevenção das ISTs/HIV/AIDS, os leitores e leitoras que se apropriam do material poderão refletir sobre o seu cotidiano

estampado na cartilha. Sem esse reconhecimento, sem essa aproximação, o material se torna obsoleto.

O material que parte do conhecimento científico exclusivamente provoca o silêncio porque, uma vez impresso, é o único verdadeiro e, portanto, impossível de questionar e ressignificar, já que não há possibilidade de codificação por parte do leitor. Favorece atitudes de banalização, ,já que, ao mesmo tempo em que diz que a AIDS tem a ver com todos, não protagoniza ninguém, nem para sua prevenção, nem para o seu tratamento, criando um vácuo de homogeneização e indiferença. E, por último, está mais que comprovado, no atual estágio da epidemia, que são poucas pessoas que não se apropriaram da informação cientifica, mas muitas as que não conseguiram fazer uma mediação entre aquilo que o HIV-vírus é e as suas relações e construções entre o seu cotidiano e o vírus.

Por outro lado, aqueles que conseguiram recriar os aspectos do cotidiano relacionados com o vírus do HIV e sua prevenção têm os saberes resultantes das suas vivências, ignorados pela quase totalidade dos materiais educativos. Assim, apesar de todo o discurso de vulnerabilidade, que já tem 10 anos e é relacionado a uma pratica pedagógica progressista em relação a AIDS, ainda há uma quebra entre o material educativo e a prática pedagógica, que em muitos aspectos, pode ser chamada de progressista.

Essa contradição reflete nos inúmeros materiais. Sejam eles de governos neoliberais ou nem tanto, sejam pedagogos críticos ou tradicionais, sejam ONGs de longa tradição no combate à AIDS ou não, a grande e esmagadora maioria,

não faz uma relação entre o processo pedagógico como um todo e o material que auxilia tal processo.

Ou melhor, faz uma relação no discurso, mas, na construção do material, se aferra de forma surpreendente a um material marcado pela visão de comportamento de risco e responsabilidade individual e ainda do marketing social. Ignora assim, o material existente, as vulnerabilidades e como essas dificultam ou mesmo soterram as possibilidades da prevenção contra o HIV/AIDS. E ainda, existindo inúmeras vivências de mudanças culturais em curso, se apropria dessas mudanças de forma a negar as dificuldades e contradições do processo de mudança. Ou seja, uma apropriação indevida daquilo que foi construído dentro de uma ética de ser-mais, que propõe a reconstrução e ressignificação das vivências para se atingir novos consensos e novas práticas, de forma processual e contraditória. Vale lembrar que o material que olha o problema do HIV/AIDS somente sob o prisma “científico”, na verdade, está fazendo uso de uma linguagem estratégica, cujo único fim é alcançar os objetivos anteriormente traçados.

Essa linguagem estratégica, que se apóia unicamente no saber instrumental, portanto, objetualizando o saber, nega a linguagem comunicativa do mundo da vida. E mais: infiltra-se nesse mundo como se o conhecimento instrumental fosse o único que tem valor. Essa infiltração da linguagem estratégica no mundo da vida, desconsiderando os saberes vindo de uma experiência refletida, faz parte do processo de colonização do mundo da vida pelo sistema. Ou seja, não se trata somente de se apropriar de uma linguagem comunicativa, mas

sim entender que é no mundo da vida que são possíveis as mudanças,. Ao mesmo tempo e contraditoriamente, é também no mundo da vida que acontecem as infiltrações do sistema. Podemos observá-las na produção e reprodução de um material que tenha no seu âmago somente a valorização de um saber técnico instrumental. Este material contribui para a colonização do mundo da vida e, portanto, contraditoriamente, em relação aos objetivos primeiros do mesmo material, impedindo as mudanças necessárias para a construção de processos preventivos em relação ao HIV/AIDS.

As mudanças culturais e sociais necessárias para que ocorram os processos de prevenção devem acontecer no mundo da vida e a partir dele. Criando novas tradições, novos consensos, processos emancipatórios que visem a autonomia, e assim sucessivamente, de forma dialética e contraditória. Se o sistema se apropriar de tais mudanças, as mesmas não acontecerão, já que o sistema age pelo poder e, portanto, estrategicamente, ignorando as tradições que precisam ser problematizadas para serem substituídas ou não; ignorando os diferentes processos de construção cultural; ignorando a compreensão e o estranhamento; ignorando a curiosidade crítica do cotidiano; ignorando a reflexão oriunda das práticas; ignorando os possíveis processos contra-hegemônicos que possam estar sendo construídos a partir de uma mesma tradição cultural. O discurso estratégico objetiva, desestrutura e destrói. O discurso comunicativo do mundo da vida é intersubjetivo, contraditório e, por isso, reconstruidor.

> *“a predominância sistêmica na educação produz um quadro de patologias que abrangem tanto o processo de reprodução cultural quanto a*

dinâmica de integração social. Perda de sentido, perda de legitimidade, crise de orientação, crise educacional, insegurança, crise de identidade coletiva, anomia, alienação, rupturas das tradições, perda de motivação e psicopatologias são algumas das perturbações decorrentes dessa dinâmica colonizadora" (Mühl, 2003)

Na verdade, o discurso estratégico é um braço da ideologia dominante (seja da chamada esquerda ou da direita), que compromete todo um processo de construção epistemológica que acontece no mundo da vida. Ele, através de uma linguagem de validade intersubjetiva, favorece a reconstrução histórica, cultural e social, e também as suas vinculações com o sistema. O discurso estratégico e a ação estratégica que o sustenta se dizem portadores da verdade porque enfatizam o saber neutro e técnico-científico, baseado em evidências, como o único verdadeiro. O discurso estratégico impõe. O discurso comunicativo procura o diálogo e o entendimento a partir da problematização da experiência.

Como o mundo da vida está em uma relação dialética com o sistema através das instituições – o direito (e seus juízes), a igreja (e os seus representantes), as escolas (e os seus professores), os postos de saúde (os profissionais da saúde), os meios de comunicação – o conflito entre o mundo da vida e o sistema é diário e, na maioria das vezes, contraditório, com vimos ao longo deste texto, em que foram esmiuçadas, tanto as práticas dos profissionais, como as da população. Assim, ao mesmo tempo em que o profissional tenta uma atitude dialógica, do mundo da vida, se utiliza de recursos do sistema (hierarquia,

poder e conhecimento científico); ao mesmo tempo em que a população contesta tradições que a oprimem e que são próprias do mundo da vida colonizado (portanto, reforçadas pelo sistema), tenta encontrar caminhos que superem as práticas cristalizadas. As mulheres, por exemplo, se questionam sobre a infidelidade do parceiro, tida como natural , mas se resignam, pois entendem fazer parte do relacionamento a dois, gerando sofrimento e frustração. Ao mesmo tempo,também, em que consegue negociar o uso do preservativo, não consegue se desfazer de um amor romântico idealizado; ao mesmo tempo em que vivencia a alegria da participação e da construção solidária de um bairro melhor, não consegue resgatar a sua sexualidade imersa nas profundezas de uma tradição cultural de castidade; ao mesmo tempo em que consegue negociar o preservativo, não consegue negociar a possibilidade de contribuir com o sustento da família; ao mesmo tempo em que procura do profissional de saúde solidariedade e compreensão, é recebida de forma homogeinizadora e cheia de preconceitos. Ao mesmo tempo, tenta-se construir um material educativo de forma participativa, resgatando assim o conhecimento do mundo da vida em relação dialética com o sistema, tanto dos moradores e dos profissionais, ambos recebem mais e mais material com uma visão técnico-instrumental. Também, o Ministério da Saúde financia este estudo e, contraditoriamente, gasta milhões de reais em campanhas baseadas no marketing social de compra e venda. Os profissionais anseiam por um material que problematize o cotidiano da população, mas tem dificuldades na sua aplicabilidade já que o material implica em compreender, se compreender e problematizar o mundo da vida, muitas vezes, comum, mas sempre diferente e,

por isso, passíveis de estranhamento e argumentação, aspectos que a ação estratégica quer sempre evitar.

Nesse contexto, esse material se situa no terreno contraditório do mundo da vida. Por isso, possibilita um resgate e uma problematização das situações nele apresentadas. Isto é fundamental, já que favorece, também, a construção de outros materiais, uma vez superado aquele que deu origem ao processo.

> *“o livrinho tinha que ser mais moderno, porque eu converso com o meu marido, eu sei que ele pode pular a cerca e, por isso, a gente usa a camisinha. Mas foi tudo conversado. Mas já passei por isso que está escrito no livrinho, no meu primeiro casamento, não tinha conversa, ele fazia o que queria e quase morri no hospital por causa de uma infecção... Por isso, acho que o livro tinha que tratar das conversas do casal, das coisas que a gente conversa...” (Rosa, 25 anos, dona de casa, Vila Jardim)*

Na fala de Rosa, observo claramente a superação da tradição em relação ao silêncio, à falta de diálogo, ao uso do preservativo, que foram feitas após uma vivência que trouxe muito sofrimento, tensões e dificuldades na vida dela. Ela inicialmente não se reconhece no material por achá-lo superado em relação ao seu dia-a dia, ”antigo”, mas ao mesmo tempo se lembra da experiência que suscitou a sua mudança. É fundamental resgatar esse movimento provocado pelo material nos grupos educativos ou nas conversas individuais, já que mostra os caminhos feitos para se realizarem outras práticas, outros movimentos.

Este saber aprendido pelo cotidiano, que resultou em uma nova referência cultural e em novas práticas, precisa ser resgatado e esmiuçado para obter, talvez uma validade intersubjetiva entre todas as participantes e também, a partir disto, a possibilidade de construir um material que relate como isto se sustenta numa relação a dois. Assim, na verdade, através desse material, há possibilidade de questionamento das tradições, em processo de mudança ou não, e resgate de novas construções, em curso no mundo da vida. Ao mesmo tempo, oferece uma resistência à imposição da cultura dos especialistas, cada vez mais baseada no domínio técnico-instrumental.

Não estamos negando a validade, também cultural, do conhecimento científico. Porém, pensamos que esse conhecimento deve ser ressignificado, necessariamente, no mundo da vida, e não imposto através de estratégias do chamado marketing social (Santos,2002), que, através da venda de um produto cultural (a camisinha), quer impor mudanças, autoritariamente, com o objetivo de controle, sem levar em consideração que as mudanças necessárias são processuais, contraditórias e originárias do mundo da vida. Nele, há necessidade de apropriação e construção de novos processos de conhecimento apreendidos por todos os participantes, para acontecerem as mudanças necessárias.

> *"(...) a luta da educação deve ser contra o processo de inculcação ideológica da indústria cultural, contra sua tentativa de transformar os indivíduos em meros consumidores de cultura de massa, destituindo-os do papel de produtores de saber, de valores e de conhecedores críticos da cultura da humanidade. Habermas aspira fazer dos seres humanos*

pensadores da cultura que eles mesmos constroem, não meros consumidores de cultura alienígena. Para tanto, é preciso que a cultura originária do mundo da vida de cada indivíduo torne-se referência primeira no contexto escolar" (Mühl, 2003:280)

Diante do colocado, reitero a minha posição, ou seja, a necessidade de construir material educativo partindo do mundo da vida dos diferente sujeitos e contextos que participam de seu processo de construção. Assim ,também, sua aplicabilidade e vivência devem se dar em contextos similares para, assim, ser reconstruído e ressignificado a ponto de precisar um novo material.

Desse modo, teremos diversos materiais produzidos em diversos contextos e aplicados também dentro de contextos culturais, sociais e econômicos diferenciados.

"Porque existem muitos materiais, específicos até, pra profissionais do sexo, pra gestantes, pra crianças, pra idosos. A minha impressão é que os materiais que eu vi no Ministério são muito teóricos, né?, apesar de ser adaptado pra uma linguagem mais acessível, eu acho que ele peca por não identificar muito. Nos folhetos do Ministério da Saúde, ou são muito assustadores, mesmo, ou outros, que são muito técnicos: você sabe o que é o HIV? Sim, o HIV é um vírus que entra na célula tal; apesar de ser adaptado, ainda parece uma coisa muito distante, né?, mas não, não me lembro de nenhum que traga isso de situações reais, do cotidiano, como esta cartilha (Aprendendo com a Vida)." (Jorge, 28 anos, residente do SSC)

Em relação ao conteúdo ainda. O problema abordado no material, a prevenção de ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda e parceiro fixo, posso concluir que o material educativo construído em conjunto com a população e avaliado em outros espaços educativos de contexto semelhante, impulsiona de forma positiva a discussão dos vários aspectos que se referem à vulnerabilidade feminina em relação à prevenção das ISTs/HIV/AIDS. Cabe observar que, no decorrer do processo de construção do material, as mulheres que participaram dessa etapa, começaram a perceber a sua vulnerabilidade, já que, anteriormente aos grupos, elas não se consideravam como tais em relação à epidemia.

Já nos grupos em que foi avaliado o material, a maioria das mulheres se considerava vulnerável à epidemia, ou seja, uma mudança importante em relação há três anos, que foi quando se construiu o material.

Portanto, o material educativo permitiu para as mulheres que se consideram vulneráveis, se reconhecerem no material, a partir da leitura crítica do mesmo, mas ainda com várias dificuldades a serem superadas em relação à esta vulneravibilidade. Elas também perceber que as dificuldades são construídas de forma social e cultural e, por isso, não são de responsabilidade individual. Através do material, elas se reconhecem e reconhecem as outras, que estão em situação semelhante e, por isso, enfrentando as mesmas dificuldades. Ao se reconhecer com o outro, começa a se construir um processo de compreensão de si mesmo, que leva a inquietações, que, por sua vez, levam a mudanças práticas no dia-a-dia, como foi observado em várias das entrevistadas de forma individual.

Ao mesmo tempo, o compartilhar de experiências por aquelas que já tinham superado alguns aspectos dessa vulnerabilidade, como por exemplo fazer uso regular do preservativo,e, a partir da leitura do material, questionar realidades, sugerir estratégias de negociação (através da descrição das suas cenas sexuais), proporcionar a problematização de alguns aspectos da realidade, retratadas na cartilha, foram sempre mediadas por uma conversa, em que predominava a intimidade, afetividade e solidariedade entre as participantes. Assim, a leitura do material propiciou, de forma geral, a construção de novos contextos intersubjetivos mediados pela realidade sugerida pelo material, reconhecida e reconstruída intersubjetivamente pelas participantes.

A única mulher que não se considera vulnerável (e, talvez por ironia, a mais vulnerável de todas) é Iara, que se encontra em um processo de exclusão social progressiva e de muitos anos, o que impossibilita, já que se trata de outro contexto, a abordagem sugerida pelo material.

Já nas mulheres do Jardim Leopoldina, em relação á prevenção do HIV, o impacto foi bastante variável, mas posso concluir que, para aquelas mulheres da terceira idade que não têm relacionamentos estáveis de anos ou estão com novos parceiros, o material suscitou uma inquietação a ponto de todas as entrevistadas de forma individual se declararem vulneráveis e estarem à procura de maiores esclarecimentos ou opções em relação ao uso do preservativo masculino.

Já as mulheres de terceira idade, mas com casamentos estáveis de muitos anos e acima de 55 anos de idade, se consideram vulneráveis já que se reconhecem em vários aspectos da vulnerabilidade feminina ao HIV. Porém, ao mesmo tempo, não vem nenhuma possibilidade de mudança no seu contexto

relacional e cultural. Por isso, para elas, as discussões suscitadas pela cartilha têm uma validade intersubjetiva no sentido de todas elas assumirem o papel de “divulgadoras” do problema entre os jovens das suas famílias e vizinhança, acreditando que a mudança é possível nessa faixa etária.

As diferenças geracionais foram um dos principais fatores detectados no decorrer do processo da avaliação do material, como os que impedem a possibilidade de mudanças culturais e novas práticas. Acredito que se faz necessária uma abordagem mais demorada e essencialmente hermenêutica, tanto na situação de Iara, como das mulheres de terceira idade, já que estas apresentam dificuldades importantes em relação à superação das diferentes barreiras que a vulnerabilidade ao HIV traz para todas as mulheres, nelas em particular, já que se encontram em um contexto bastante adverso para realizá-las.

Em relação às dificuldades, devo dizer que a maioria delas se concentra não diretamente no processo educativo em si do processo de construção e avaliação, mas sim relacionadas a aspectos institucionais que influenciam de forma contraditória o fazer educativo dos profissionais.

Assim, observei que as dificuldades de tempo para a realização das atividades, que têm relação direta com a produtividade ambulatorial, exigida pela instituição, assim como pelas inúmeras demandas da população e da instituição, que fazem com que o dia-dia dos profissionais seja bastante atribulado. Essa falta de tempo em relação às atividades educativas influencia o processo educativo de forma contraditória. Assim, ao mesmo tempo em que todos os profissionais envolvidos (tanto na construção, como na avaliação dos materiais) gostam de fazer grupos, e a educação em saúde é um dos pilares da sua atuação

profissional, as inúmeras atividades exigidas, compromete em alguns aspectos a prática educativa. As principais delas se referem ao tempo necessário para planejar e avaliar as atividades educativas desenvolvidas e a escassez de horário para ler livros ou artigos sobre educação em saúde.

Em relação ao primeiro aspecto do planejar e avaliar, posso dizer que se refletiu principalmente nas dinâmicas utilizadas para aplicar o material em que a maioria estava inadequada para os diferentes grupos. Na ausência de uma leitura pacienciosa e prévia dos materiais por cada um dos coordenadores (a não ser no Jardim Itú) para a identificação dos eixos temáticos e, assim, poder fazer uma leitura diferenciada do material (novamente o Jardim Itú é exceção neste processo). De forma geral, os profissionais que coordenam os grupos se reúnem alguns minutos antes da reunião para planejar atividades, o que se deve, novamente, às inúmeras tarefas desenvolvidas pelos profissionais, resultando em dificuldades manifestas no decorrer do grupo.

No entanto, o principal problema que vejo naquilo que se denominou “falta de tempo” por parte de todos os profissionais é a dificuldade, relacionada a ela, de ler e discutir sobre atividades de educação em saúde. Isso, sim, influencia de forma importante os processos educativos conduzidos pelos diferentes profissionais.

A maioria das pessoas “aprende fazendo”, o que de um lado, é muito importante para quem deseja ter uma prática educativa dialógica, mas é insuficiente se pensarmos na complexidade que envolve a compreensão e explicação dos problemas que envolvem sujeitos com as mais diversas vivências e contextos. Nesse sentido, a “falta de tempo” para a reflexão das atividades de

educação em saúde e do processo de trabalho como um todo é, na verdade, uma infiltração do sistema no mundo da vida dos profissionais.

O acúmulo de atividades, a constante exigência de relatórios, o cartão ponto, a necessidade de justificativas prévias frente a atividades educativas noturnas ou em outros bairros (por exemplo, participação na CLIS ou OP), a inexistência de verba para a compra de livros da área (embora existam para livros “técnicos de medicina e enfermagem”), o fato de os grupos não contarem, durante anos, como produtividade dentro das normas financeiras do SUS, o fato de não haver verba para compra dos materiais necessários para realizar atividades educativas (a não ser com verbas de projetos específicos) e as constantes dificuldades impostas para o Núcleo de Educação & Saúde do SSC, no decorrer destes anos, demonstram quão frágeis são ainda, desde o ponto de vista institucional, as atividades de educação em saúde coordenadas pelos profissionais.

Por isso, o trabalho realizado, tanto de construção, como de avaliação, significa também um esforço enorme por parte de todos os profissionais envolvidos neste estudo. Afinal, assim como a população tem que superar uma tradição cultural que a oprime, igualmente os profissionais necessitam resistir cotidianamente à burocratização e desumanização das relações de trabalho, que o sistema insiste em impor. Por outro lado, é no Serviço de Saúde Comunitária que acontecem, de forma sistemática, atividades educativas criativas, reflexivas, mobilizadoras, devido também à sua especificidade em relação, por exemplo, às quase inexistentes atividades educativas realizadas dentro do complexo hospitalar.

> *“é difícil, porque cada vez que muda assim a configuração da instituição, a conjuntura. Cada vez que muda o superintendente, muda a gerência, muda a coordenação e também muda o enfoque de trabalho. Assim, todos os processos que estavam em andamento, que muitas vezes foram difíceis de avançar por exemplo numa metodologia educativa, às vezes quando tu vê , eles querem fazer tudo do zero, quando já tinha um processo em andamento, é um outro jeito... quando entrou o cartão ponto, também dificultou tudo, era muita burocracia para participar, assim a gente está sempre tentando achar as brechas, acha um outro jeito de fazer aquilo que acredita. Isso é difícil” (Ana, 32 anos, profissional do SSC)*

Assim, as dificuldades em si não são contraditórias em relação às atividades educativas, mas sim resultantes de um processo contraditório entre o mundo da vida dos profissionais e o sistema, o que faz com que o fruto destas contradições seja a “falta de tempo”, como uma das principais dificuldades enfrentadas no fazer educativo. Porém, por outro lado, se considerarmos essa dificuldade em relação ao método educativo, poderíamos dizer que elas são contraditórias dentro de uma educação em saúde que se propõe a ser critica, contraditória, porque faz parte do método educativo planejar as atividades, avaliar as mesmas e principalmente refletir, também amparada por literatura crescente na área. Assim, tais dificuldades podem ter a sua origem no conflito entre uma educação tradicional que não considera os saberes e práticas oriundas do mundo da vida. Por isso, não há necessidade de questionar uma metodologia que exige

uma reflexão constante sobre o processo educativo, mediado por profissionais de saúde, em que o planejamento e avaliação da atividade desenvolvida são fundamentais para a recriação de novas práticas.

Em relação aos aspectos positivos da avaliação da construção e aplicabilidade do material, posso afirmar que o problema necessariamente, propicia um contexto de intimidade, afetividade e solidariedade entre as participantes do grupo. Trata-se de um material que discute aspectos essenciais do “ser mulher”. Em todos os grupos observados, mesmo no Aparecida, onde houve várias dificuldades metodológicas, a leitura do material propiciava momentos de forte emoção que foram acolhidos pelo grupo, para que pudesse continuar a sua caminhada relacionada aos assuntos em discussão naquele momento. Também posso colocar como ponto positivo a acolhida generosa que todas as participantes fizeram do material, principalmente no processo de avaliação, demonstrando um grande interesse em lê-lo, colocando-se francamente em relação aos assuntos, questionando e refletindo junto.

Em relação aos objetivos deste estudo, posso dizer que a construção do material foi consolidada através de um processo educativo dialógico e participativo e uma metodologia de construção participativa de material educativo, a partir do mundo da vida das participantes. A consolidação de tal metodologia também se efetivou através da avaliação processual do material, pois as mulheres que leram este material se reconheciam e refletiam sobre o seu dia-a-dia a partir das vivências nele problematizadas.

Quanto à tese principal deste estudo, acredito que foi plenamente confirmada conforme o relato feito no capítulo três deste texto .

Já em relação ao material ser um facilitador do processo educativo, isso foi confirmado por todos os profissionais entrevistados que se utilizaram do material por facilitar o resgate de assuntos ou temas que, em comum, levam mais tempo para serem discutidos. Assim, se por um lado, o material agilizava a conversa sobre assuntos que, muitas vezes, poderiam levar várias reuniões até serem discutidos, ele também exigia do profissional um preparo complexo sobre os conteúdos do material e um domínio metodológico de um processo educativo crítico.

> *“ Eu acho que se não fosse a cartilha não viriam muitas discussões que vieram, por exemplo, não viria a questão do marido, da fidelidade... porque o HIV, tá todo mundo cansado de saber , assim como a população tá cansada de saber que tem que usar preservativo, porque na cartilha não são normas técnicas passadas adiante. Acho que é muito mais profundo que isso... por isso, acho que a experiência com a cartilha teve muito mais discussão, nunca foi tão polêmico, mas que as pessoas saíram mais realizadas da reunião, isso sim. Eu como coordenador, mesmo tendo um pouco de dificuldade em me colocar, saí satisfeito, porque falar assim de sexualidade não e fácil, é delicado, mas acho que elas sentiram confiança, no sentido de poder falar as coisas, teve uma afinidade entre as pessoas, não sei, se não houvesse esse material, ia vir essa discussão. (Jorge, 28 anos, residente do SSC)*

Posso dizer que, em relação aos profissionais que participaram, tanto do processo de avaliação, como de construção, as dificuldades apresentadas pelos profissionais que não participaram do processo de construção foram variáveis.

Dos cinco profissionais que utilizaram o material, dois fizeram parte do processo de construção. Desses cinco, podemos dizer que dois desenvolveram um processo educativo com algumas dificuldades, mas sem contradições importantes. Refiro-me à coordenação do Cortiço do Itú e à profissional que aplicou individualmente o material nas consultas. O terceiro que participou da aplicação do material, desenvolveu um eixo adequadamente e o outro não fez as problematizações adequadas dos conteúdos levantados pelas participantes. Isso também foi influenciado pela dinâmica de leitura do material.

Já as duas profissionais que participaram da construção (uma, a da Vila Jardim), desenvolveu um eixo do material de forma bastante enriquecedora e problematizadora, mas devido à forma como ela aplicou o material (leitura do material em um encontro) não se conseguiu fazer uma discussão adequada dos outros eixos temáticos do material. Tal contradição entre forma e conteúdo mostra também, que, mesmo os profissionais que participaram da construção, tiveram dificuldades na aplicabilidade do material. Nesse aspecto, o que acho que demonstra as dificuldades que o profissional de saúde tem em trabalhar com o material educativo inserido em um processo educativo, optando, muitas vezes, por uma leitura linear do mesmo, resgatando os conteúdos a partir do destaque dado pelas participantes. Acredito que essa relação entre forma e conteúdo na aplicação do material possa ser resgatada na divulgação dos resultados deste estudo e também nos treinamentos que já fizemos com 40 profissionais do SSC,

em novembro de 2003, quando foi discutida a aplicação do material em grupos educativos.

A discussão complexa do conteúdo, aspecto que não foi observado no Aparecida, demanda mais tempo, pois, além de estabelecer um processo de educação permanente para os profissionais, também há necessidade, sentida pelos próprios profissionais, de se aprofundarem em cada eixo que envolve o problema da prevenção das ISTs/HIV/AIDS em mulheres de baixa renda e parceiro fixo. Essa visão complexa está associada também com uma prática educativa continuada em cada um dos bairros, pois, cada vez que se fizer um grupo, ainda que seja o mesmo conteúdo, a discussão sempre será diferente, serão abordados outros assuntos ou os mesmos sob a luz de outras experiências. Enfim, essa dinâmica do fazer educativo impulsionara a necessidade de reflexão, que se dá através da avaliação, discussão sobre o grupo, leitura sobre os temas que foram discutidos entre outros. Nesse sentido, o fazer educativo, aliado a uma educação permanente, poderá modificar algumas dificuldades e contradições observadas no processo de avaliação da construção e aplicabilidade do material.

Além disso, acredito que há uma diferença fundamental entre as mulheres que participaram da elaboração do material em relação às que participaram da avaliação: as primeiras são autoras e divulgadoras de um saber construído e apropriado dentro de um contexto de validade intersubjetiva. As mulheres que avaliaram o material, embora não tenham vivenciado a experiência da autoria dele diretamente, o vivenciaram no sentido de terem sido promotoras de saúde em relação às conversas realizadas nos diferentes grupos.

Tanto as mulheres que elaboraram o material como as que o avaliaram, são “autoras” principais das mudanças, em curso, de um contexto cheio de barreiras. Porém, auxiliadas por um processo educativo e um material que dialogue com o mundo da vida e permita ver as contradições de um processo de mudança, podem (e poderão cada vez mais), em conjunto com os profissionais de saúde que assim o desejarem, rumarem para uma melhor qualidade de vida, mais humana, mais justa e solidária.

Penso que o fazer político no mundo da vida, que é também um dos objetivos deste material, equivale a construir relações emancipatórias, entendidas aqui como a possibilidade de estabelecer relações mais igualitárias, em que :

> *“Defino a política emancipatória como uma visão genérica ..que envolve dois elementos principalmente: o esforço por romper as algemas do passado, permitindo assim uma atitude transformadora em relação ao futuro; e o objetivo de superar a dominação ilegítima de alguns indivíduos e grupos por outros.” (Giddens, 2002:194)*

Acredito que a maior parte do esforço que estas mulheres fazem se refira às tradições culturais que oprimem e trazem infelicidade, inseridas ainda em um contexto econômico altamente desfavorável. Assim, o caminho de criar as possibilidades passa também, no caso da saúde, por propiciar espaços educativos dialógicos e participativos.

E isso significa compreender e explicar as relações que se sustentam através de uma validade cultural social e econômica construída coletiva e,

portanto, intersubjetiva. Assim, espaços educativos que favoreçam uma reflexão complexa da realidade e que sejam auxiliados por materiais que sigam esse mesmo referencial, penso que estarão contribuindo de forma significativa nessa caminhada.

Assim, a construção compartilhada do conhecimento baseada em uma ação e argumentação comunicativa favorece o desvelamento das relações intersubjetivas que constituem esse mundo e que devem ser ressignificadas de forma compreensiva , dialética e explicativa para entender as construções e os argumentos que têm validade no mundo cultural, social e subjetivo de cada um dos sujeitos que participam de uma ação educativa. (Boufleuer, 2001)

Esse processo foi construído na elaboração do material, assim como na sua avaliação. Processo desafiador, desestabilizador, difícil, emocionante, porém, para todos os participantes, entre os quais me incluo, o único caminho possível. Ele se reconstrói a partir das dificuldades porque estas são as promotoras da esperança, e não da desesperança, homogeneização, desrespeito e desumanização, como o sistema sempre tentará a nos impor e, muitas vezes, quase nos fazer acreditar que é isso que tem validade. Portanto, a esperança nasce da desesperança e das situações-limites, e não o contrário, como o sistema insiste em veicular.

Assim acredito que o processo avaliativo,desenvolvido dentro de uma perspectiva dialética e hermenêutica , da construção e aplicabilidade do material construído em conjunto pela população e os profissionais nos permitiu esmiuçar o processo educativo, assim propiciando um processo de descrição, compreensão, análise e explicação do fenômeno em estudo.

Por fim, reproduzo uma figura da cartilha “Aprendendo com a Vida”, que reflete todo esse esforço educativo coletivo e de validade intersubjetiva porque construído no diálogo e na participação.

Figura 15. Mas a gente não estava falando sobre AIDS? - cartilha “Aprendendo com a Vida”, p. 7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo, Martins Fontes, 2000.
2. ALCALY, R; ALVARADO, M;BALCAZAR, H; NEWMAN, E; HUERTA, E. “Salud para su corazón: a community-based Latino cardiovacular disease prevention and outreach model” In: Journal Community Health; 24(5):359-79,1999 Oct.
3. ALFORJA. *Técnicas Participativas para la Educación Popular*.Tomo I. 5ª. Edición,Lima- Peru; 19992.,
4. ALLAMANI, A; FORNI, E; AMMANNNATI, P; SANI, I. B et al. “Alcohol carousel and children’s scholl drawings as part of a community educational strategy.” In: Subet Use Mis Use; 35(1-2):125-39,2000 Jan.
5. AGRE, P; DOUGHERTY, J; PIRONE, J. “Creating a CD-ROM program for cancer –related patient education.” In: Oncol Nurs Forum; 29(3):573-80, 2002 Apr.
6. ALMEIDA, C.L.; FLICKENGER, H.G. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2000.
7. AGGLETON, P. “Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltadas para o HIV/AIDS.” In: CZERESNIA E; SANTOS, M. *Aids, Pesquisa social e Educação.* São Paulo, Editora Hucitec,1995.
8. ARIES, P; BEJIN, A. *Sexualidades Ocidentais*. São Paulo, Editora Brasiliense, 2da Edição, 1986.
9. AYUSTE, Ana. “Pedagogia Crítica e Modernidade.” Pátio. Revista Pedagógica. Porto Alegre, n. 2, Agosto / Outubro 1997, pp.60-64.

10. AYRES, J R et al. “Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS.” In: BARBOSA, M R ; PARKER, R (org.) *Sexualidades pelo Avesso*. *Direitos, Identidades e Poder.* São Paulo, Editora 34 - IMS/UERJ; 1999
11. AYRES, J R. “Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares”. In: Interface- Revista de Comunicação, Saúde Educação, São Paulo, V7, n12, fevereiro de 2003, pp. 123-38.
12. AYRES, J R et al,. *O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003
13. BARBOSA, M R ; PARKER, R (org.) *Sexualidades pelo avesso. Direitos, Identidades e poder.* São Paulo, Editora 34- IMS/UERJ; 1999.
14. BARBOSA, N. “Tecnologia de produção coletiva de materiais de comunicação em saúde.” In: Livro de Resumos II V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003
15. BARBOSA, R H. “AIDS e Gênero: representações de risco entre mulheres de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro,Brasil.” In: Cadernos de Saúde Coletiva UERJ, Rio de Janeiro, número 5 (1),1997.
16. BAUMAN, A. “The comprehensibility of asthma education materials.” In: Patient Education Counseling; 32(1Suppl):S51-9,1997 Dec.
17. BEAUVOIR, Simone. *O segundo Sexo. 2. A experiência vivida*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1981.
18. BERTAKIS, K D. “Educational impact of a Family Practice Clinic Patien Medical Advisor Booklet.” In: Fam Med; 18(4): 210-2, 1986 Jul-Ago.
19. BITTENCOURT, D et al. “Oficina de produção de material educativo com jovens de camadas populares: uma experiência participativa de comunicação

em saúde". In: Livro de Resumos I V8. Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

20. BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Edições GRAAL Ltda. 2da. Edição, 1984.
21. BOUFLEUER, J P. *Pedagogia da Ação comunicativa. Uma leitura de Habermas*. 3ª.ed. Ijuí, Editora UNIJUI, 2001.
22. BRANDÃO, E R. "Percepção do corpo feminino entre mulheres de camadas populares" In: BRANDÃO, E R (org). *Saúde, direitos Reprodutivos e cidadania*. ,Juiz de Fora, Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2000.
23. CAHILL, J M; MATHIS, D M. "Pre-testing a childbirth handbook." In: Birth; 17(1): 39-42; discussion 42-3, 19990 Mar.
24. CAMPBELL, M E et al. "A program to reduce pesticide spraying in the indoor environment: evaluation of the Roach Coach project." In: Can J. Public Health; 90(4):227-81,1999 Jul-Aug.
25. CASTAÑEDA, M H. "Género, participación, empoderamiento y control social en salud." In: COSTA, A M (org.). *Saúde Eqüidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas.* Brasília, Editora UnB,2000.
26. CASTRO,D M et al. "Rumo criação coletiva de um modelo de avaliação qualitativa de materiais educativos sobre sexualidade e saúde reprodutiva para adolescentes na região sudeste." Mimeo. Sem fonte.
27. CHERKIN ,DC ; DEYO,R A ; BATIE,M ; STREET J ; BARLOW W. "A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of na educational booklet for the treatment of patients with low back pain." In: N Engl J Med; 339(15):1021-9,1998 oct.

28. CINTRA,F; et al. “Avaliação de programa educativo para portadores de glaucoma.” In: Revista de Saúde Pública, São Paulo, V.32 n.2 , Abr 1998.
29. CHAUI, M. *Repressão Sexual. Essa nossa (des) conhecida*. 5ª. edição. São Paulo, Editora Brasiliense, 1984.
30. CHUNG, V ; HOROWITZ AM ; CANTO M T ; SIPHANT, P. “Oral cancer educational materials for the general public: 1998.” In: J Public Health Dent; 60(1):49-52, 2000 Winter.
31. COSTA, A M et al (org.). *Saúde Eqüidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas.* Brasília, Editora UnB,2000.
32. CRAWFORD, SM ; LITTLEJOHN, GM ; KAMILL, PG. “Testicular self examination: evaluation of na educational leflet.” In: British Journal General Practice; 41(345):168-9, 1991 apr.
33. CZERESNIA, E ; SANTOS,M. “AIDS, Pesquisa social e Educação.” São Paulo, Editora Hucitec,1995.
34. DEMO, Pedro. *Avaliação qualitativa*. Campinas, Editora Autores Associados. 1994.
35. DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE HABITAÇÃO DE PORTO ALEGRE (DEMHAB).”Levantamento sócio-econômico e jurídico.” Porto Alegre: 1991, mimeo
36. DESLANDES, SF. “Concepções em pesquisa social; Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde.” In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 13, n.1, Jan. de 1997,pp.103-108.

37. DESLANDES, SF. “Análise da aceitação de material de prevenção em AIDS/DST destinado ao policial militar.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,2003.
38. DIERCKS, M S. “Saber cientifico e saber popular em saúde: A construção do conhecimento na elaboração de cartilhas de educação em saúde com participação popular.” Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação,Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.
39. DIERCKS, M S; RAUPP ; PEKELMAN, B ; FAJARDO, R. “A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível?” In: VASCONCELOS, E (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da rede Educação Popular e saúde.* São Paulo, Editora Hucitec, 2001.
40. DIERCKS, M ; PEKELMAN, R. “Como Trabalhar em grupos. As DSTs/AIDS no cotidiano das mulheres.” In: *Manual para equipes de saúde*. Porto Alegre, Coordenação Nacional de DSTs/AIDS, 2002.
41. DIERCKS, M ; PEKELMAN, R ; WILHELMS, D. “Uma pedagogia para a comunicação popular em saúde” In: SILVA, J O ; BORDIN, R (orgs.) *Máquinas de Sentido. Processos comunicacionais em saúde*. Porto Alegre, Dacasa Editora, 2003.
42. DOLLAHITE, J ;THOMPSON, C ; MC NEW R. “Readability of printed sources of diet and health information.” In: Patiente Education and Counseling.; 27(2):123-34, 1996 Mar.
43. DUARTE, A. “Heidegger em seu tempo.” In: Revista Cult, São Paulo, Março de 2000, pp. 46-49.

44. ESCOREL, S. *Vidas ao léu. Trajetórias de exclusão social.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz,1999.
45. ENDRES, J ; MONTGOMERY, J ; WELCH, P. “Lead poison prevention: a comparative review of brochures.” In: Joournal Environ Health; 64(6):20-5, quis 35-6, 2002 Jan-Feb.
46. ESTEBAN, M T (org). *Avaliação: uma prática em busca de novos sentidos*. Rio de Janeiro, DP&A, 2000.
47. ESTEBAN, M T. *O que sabe quem erra? Reflexões sobre avaliação e fracasso escolar*. Rio de Janeiro, DP&A editora, 2001.
48. ESTEBAN, M T. (org.) *Escola ,currículo e avaliação*. São Paulo, Cortez Editora, 2003.
49. ESTEY, A; KEMP, M; ALISSON, S; LAMB, C. “Evaluation of a patient information boklet.” In: Journal Nursey Staff Dev,; 9(6): 278-82, 1993 Nov-Dec.
50. FELDMAN SR; VANRTHOS J; FLEISCHER AB. “Tehe readability of patien educatient education materials designed for patients with psoriasis.” In: Journal American Acdemy Dermatol; 30(2PT 1): 284-6, 1994 Feb.
51. FLECHA, R. “As novas desigualdade educativas.” In: *Novas perspectivas Críticas em Educação.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
52. FLECHA, R. *Compartiendo palabras. El aprendizaje de las personas adultas através del diálogo*. España, Ediciones paidós Ibérica, S.A. ,1997.
53. FREDA, MC; DAMUS, K MERKATZ, IR. “Evaluation of the readability of ACOG patient education pamphlets. The American College of Obstetricians and Gynecologists.” In: Obstet Gynecol; 93(5Pt 1) :771-4, 1999 May.

54. FREIRE, P et allii. *Vivendo e aprendendo*. 5ª. ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1982.
55. FREIRE, P. *Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos*. 8ª. edição. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1987.
56. FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 21ª ed. São Paulo, Editora Paz e Terra,., 1993.
57. FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 21ª edição. São Paulo, Paz e Terra, 1996.
58. FIGUEIREDO, R. “Prevenção às DSTs/AIDS em ações de Saúde e educação.” Site da NEPAIDS: www. usp.br/nepaids. São Paulo, 1998
59. FILGUEIRAS, SL; DESLANDES, SF. “Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa.” In: Cadernos de Saúde Pública, 1999. , vol 13. ,suppl2., pp.121-131
60. FOLTZ AT; SULLIVAN JM. “Limited literacy revisited implications for patient education.” In: Cancer Pract; 7(3):145-50,1999 May-Jun.
61. GADAMER, H G. *Verdad y Método*. Salamanca, Ediciones Sígueme, 1993.
62. GARDNER, R. et al. “Closing de condom gap.” In: Population Reports, Series H, no. 9. Baltimore: John Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 1999.
63. GARZANTI. *Enciclópedia Garzanti de Filosofia*. Barcelona, Ediciones B.S.A., 1992
64. GIACOMAZZI, M C; TAKEDA, S. *Refletindo em Atenção Primária. A experiência do Serviço de Saúde Comunitária*. Porto Alegre, 1999. (polígrafo).

65. GIACOMAZZI, M C: “O cotidiano na Vila Jardim: Um estudo de trajetórias, narrativas biográficas e sociabilidades, sob o prisma do medo na cidade de Porto Alegre.” Tese de Doutorado. Programa de Pó-Graduação em Antropologia Social,Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.
66. GIDDENS, A. *A transformação da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. 4ª ed. São Paulo, Editora da UNESP, 1992.
67. GIDDENS, A; *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor,2002.
68. GIL, A C. *Métodos e técnica de pesquisa social*. São Paulo, Editora Atlas,1994.
69. GOGNA, M. “Factores psicosociales y culturales em la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmissión sexual.” In: Cadernos de Saúde Pública, n.14(Supl 1), Rio de Janeiro, 1998, pp. 81-85.
70. GOMES, R; SILVA, C M F P. ;DESLANDES, S F; SOUZA, E R; “Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão dos seus usuários.” Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 15, n.4, out/1999, pp.789-797
71. GUIMARÃES, C D. *AIDS no feminino. Por que cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?* . Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 2001
72. GLAZER HR; KIRK LM; BOSLER FE. Patient education pamphlets about prevention, detection and treatment of breast cancer for low literacy women. In: Patient Education Counseling; 27(2): 185-9,1996 Mar.
73. GONZALEZ, R; PEREZ, R; MATEO-DE-ACOSTA, O. “Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético.” In: Rev.Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health 2(1),1997, pg 32-36..

74. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Diagnóstico de Saúde da Unidade Valão. Porto Alegre, 1986, mimeo.
75. GUEDES, C. “Anemia falciforme, autonomia reprodutiva e bioética: análise de um folheto informativo.” In: Livro de Resumos I V8. Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.
76. HABERMAS, J. *La ética del discurso y la cuestión de la verdad*. Barcelona, Ediciones PaidósIbérica , S. A. 2003.
77. HABERMAS, J. *Teoria de la accion comunicativa*. v. 1 e 2 , Madrid, Ed. Taurus, 1987.
78. HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica*. Porto Alegre, 1987, L&PM.
79. HABERMAS, J. *Pensamento pós-metafísico*. Rio de Janeiro, Editora Tempo Brasileiro, 1990.
80. HABERMAS, J. *Passado como futuro*. Rio de Janeiro, Editora Tempo Brasileiro, 1993.
81. HASSEN, M N A. “Grupos Focais de Intervenção no projeto Sexualidade e Reprodução.” In: Horizontes Antropológicos. Sexualidade e AIDS, Porto Alegre, ano 8, n.17, junho de 2002.
82. HERMANN, N. *Validade em educação. Intuições e problemas na recepção de Habermas*. Porto Alegre, EDIPUCRS,1999.
83. HUANG ME;LIU CC;CHIYC; THOMAS K ;HUANG CC. Effects of educational intervention on changing parental practices for recurrent febrile convulsions in Taiwan. In: Epilepsia;43(1):81-6, 2002 Jan.

84. HUSTED GL; MILLER MC; BROWN B . Test of na educational brochure on advance directives designed for well-elderly people. In: J Gerontol Nurs; 25(1):34-40, 1999 Jan.

85. ICONOMU G, VEGENAKIS AG;KALOFONUS HP. The informational needs, satisfaction with communication and psychological status of primary caregivers of cancer patients receiving chemotherapy.In: Support Care Cancer; 9(8):591-6,2001 Nov.

86. JARA, O. “Concepção dialética da educação popular”. Mimeo, sem fonte.

87. JAZIEH A R; BROWN, D. Development of a patient information packet for veterans with cancer reciving chemotherapy. In Journal Of Cancer Education; 14(2):96-98 ,1999 Summer.

88. JOLLEY, S. Patiente information on post-operative sickness. In: Nurs Stand;14(49):32-4, 2000 Aug 23-29.

89. KELLY-SANTOS, A; ROZEMBERG, B; “A saúde do trabalhador em discussão: o processo de avaliação de impresso junto aos trabalhadores da construção civil.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

90. KNAUTH, D R. “O que pensam as mulheres sobre a infecção pelo HIV: uma abordagem antropológica.” In: Revista Saúde, Porto Alegre,v.2, 1997, pp.7-18.

91. KNAUTH, D R. “Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob perspectiva feminina.” In: FACHEL, O L; DUARTE, L F D. *Doença, Sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro , Editora Fiocruz, 1998.

92. LAURITI, N C. “A comunicação na avaliação de desempenho docente no ensino superior.” In: ECCOS Revista Científica, UNINOVE, São Paulo, n1, v.4, Jun de 2002, pp.111-130

93. LEHMAN,P; HAUSSER D; SOMAINI B; GUTZWILLER F. Campaign agains AIDS in SWITZERLAND: evaluation of a nationwide educational programme. In: British Medical Journal (Chin Res Ed) . 295 (6606):1118-20, 1987 October 31.

94. LIMA, A O. *Avaliação escolar. Julgamento x construção*. Petrópolis, Editora Vozes. 7ma. Edição. 2001.

95. LOYOLA, M A (org). *A sexualidade nas ciências humanas* . Rio de Janeiro, Eduerj, 1998.

96. LUCKESI, C C. *Avaliação da aprendizagem escolar*. 14ª. edição São Paulo, Cortez Editora, 2002.

97. MACEDO, D. “Nossa cultura comum: Uma pedagogia enganosa.” In: *Novas perspectivas críticas em educação.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

98. MARCUS AC, HEIMENDINGER J,WOLFE P. A randomized trial of a brief intervention to increase fruit and vegetable intake: a replication study among callers to the CIS. In: Prev Med; 33(3):204-16, 2001Sep.

99. MARINHO, M B. “Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da AIDS.” In: Revista Interface- Comunicação, Saúde e Educação. V.4,n.6,2000.

100. MARTINS, J S M. *A sociedade vista do abismo. Novos estudos sobre exclusão ,pobreza e classes sociais*. Rio de Janeiro, Editora Vozes,2002.

101. MATOS, M I S.; SOIHET, R (org.) *O corpo feminino em debate.* São Paulo, Fundação Editora da UNESP. 2003.

102. MAYBERRY MK; MAYBERRY JF. Na information boklet for employer on inflammatory bowel disease: na evaluation by patients. In: J R Social Medicine; 86 (9):530-2, 1993 sep

103. Mc LAREN, P. *A vida nas escolas. Uma Introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação.* 2ª.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

104. MEADE CD; DIEKMANN J; THORNHILL DG. Readability of American Cancer Society patient education literature. In: Oncology Nursey Forum; 19(1): 51-5, 1992, Jan-Feb

105. MELUCCI, A. “Movimentos sociais, renovação cultural e o papel do conhecimento.“ In: Novos Estudos, n 40,1994.

106. MERRIT, S OL; GATES, M A; SKIBA K. Readability levels of selected hypercholesterolemia patient education literature. In: Heart Lung; 22 (5) : 415-20, 1993 sep-oct.

107. MESQUITA, Z; BRANDÃO, C.R.(org.) *Territórios do cotidiano. Uma introdução a novos olhares e experiências.* Porto Alegre, Editora da Universidade (UFRGS) e EDUNISC, 1995.

108. MEYER,D. et al. “Educação, Saúde, Gênero e mídia*:* um estudo sobre HIV/AIDS-DSTs com agentes comunitários/as de saúde do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre,RS.” UFRGS,2003. Relatório de Pesquisa . Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

109. MEYER, D E; WILHELMS, D; OLIVEIRA, D L; SACHI. L H. “Anúncios televisivos de prevenção do HIV/AIDS e produção de identidades de gênero.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

110. MICHIELUTTE R. BAHNSON J; BEAL P. Readability of the public education literature on cancer prevention and detection. In: Journal Cancer Education ; 5(): 55-61, 1990.

111. MINAYO, M C. *Pesquisa qualitativa em saúde: O desafio do Conhecimento.* Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO, 1992.

112. MINAYO, M C; SOUZA, E; ASSIS, S; CRUZ NETO, O; DA SILVA, C; “Avaliação dos centros de Orientação e apóio sorológico /CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil.” In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Vol 15, n.2 , Abril de 1999

113. MINAYO, M C; DESLANDES, S F (org.) *Caminhos e pensamento. Epistemologia e método.* Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002.

114. MINISTÈRIO DA SAUDE: Revista Promoção da Saúde, Brasília, Ano 2, número 3, Agosto de 2000. pp-15-18..

115. MINISTÉRIO DA SAÚDE: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO -Out-Dez 2000.

116. (www.aids.gov.br)

117. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Revista Promoção da Saúde. Brasília - DF, Ano 2 número 3. Agosto de 2000. pp. 15 -18.

118. MOHRMAN CC et al. Na analysis of printed breast cancer information for African American women. In: journal Cancer Education; 15(1): 23-7, 2000 spring.

119. MOLL, Jaqueline. *Histórias de vida, histórias de escola. Elementos para uma pedagogia da cidade.* Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2000.

120. MONTEIRO, S; REBELLO, S. *A prevenção do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas: desenvolvimento e avaliação de jogos educativos. Avessos do prazer. Drogas, AIDS e direitos humanos.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz,2000. p.215.

121. MONTEIRO, S. *Qual prevenção? AIDS, sexualidade e gênero em uma favela carioca.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

122. MOSKALEWIC ZJ; SWIATKTEWICZ G. Malczyce,Poland: a multifaceted community action project in eastern Europe in a time of rapid economic change. In Subst Use Misuse; 35(1-2):189-202, 2002 Jan.

123. MÜHL, E H. *Habermas e a educação. Ação pedagógica como agir comunicativo.* Passo Fundo, Universidade de Passo Fundo Editora, 2003.

124. MUMFORD ME. A descriptiva study of the readability of patiente information leflets designes by nurses. In: Journal Adv Nurseys; 26(5):985-91,1997 Nov.

125. NAZARIO, C L. “Interpretação do corpo a partir de seis vídeos integrantes da videoteca do Centro de Formação dos trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.” Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

126. NAGAMINE WH,ISHIDA JT,WILLIAMS DR et al. Clhild literacy promotion in the emergency department. In: Comment In: Pedriatr Emerg Care. 17 (5):398-9,2001 OCT.

127. NEMES, M I B. *Avaliação e saúde: Questões para os programas de DSTs/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA, 2001.

128. NITZKE, S. Reaching low-literate adults with printed nutrition materials. In: Journal of American Diet Association; 87(9 Suppl) : S73-7, 1987 Sep.

129. NOVAES, M D H. “Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.” In: Cadernos de Saúde Pública, vol.12, supl 2. 1996, pp. 7-12

130. NOVAES, M D H. “Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica; novas tendências na pesquisa.” In: Cadernos de Saúde Pública, 2001, vol 12. , supl.2, pp. 7-12

131. ODDONE, I et al. *Ambiente de trabalho. A luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 1986.

132. OLAVARRIA, J. “Desejo, prazer e poder. Questões em torno da masculinidade heterossexual.” In: BARBOSA, M R; PARKER, R (org.) *Sexualidades pelo avesso. Direitos, Identidades e poder.* São Paulo, Editora 34- IMS/UERJ; 1999.

133. PAIVA, V. *Fazendo arte com a Camisinha. Sexualidades jovens em tempos de AIDS*. São Paulo, SUMMUS editorial, 2000.

134. PARKER, R. *Corpos, Prazeres e Paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo.* 3ª ed. Editora Best Seller,.1991.

135. PARKER, R; GALVÃO, J (org.) *Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil.* Rio de Janeiro, Editora Relumé-Dumará; ABIA;IMS_UERJ; 1996.

136. PARKER, R. *Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro, Editora 34, 2000.

137. PEDROSA, J I; OLIVEIRA, R N C. “O método de ação participativa em programas de educação em saúde: avaliação de uma experiência.” In: RASPP, Teresina,1(1) 57-70, abr/set, 1998.

138. PERRENOUD, P. *Avaliação. Da excelência à regulação das aprendizagens. Entre duas lógicas.* Porto Alegre, Artes Médicas. 1999.

139. PERROT, M. “Os silêncios do corpo da mulher.” In: MATOS, M I S; SOIHET, R (org.) *O corpo feminino em debate*. São Paulo, Fundação Editora da UNESP, 2003. pp. 13-27.

140. PERES, F; et al. “Avaliação do processo de comunicação e recepção de informações sobre saúde e segurança no trabalho em uma região agrícola do estado do Rio de Janeiro.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

141. PIMENTA, D N ; LEANDRO, A; SCHALL, V; “Empatia ou horror? Produção audiovisual sobre leishmaniose no Brasil.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

142. PINA, E; SIQUEIRA,V.H. “Gênero e sexualidade nas campanhas gráficas em DST/AIDS.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

143. PIZZI,J. *Ética do discurso: a racionalidade ético-comunicativa*. Porto Alegre, EDIPUCRS,1994.

144. PUCCIA, M I R. “Câncer feminino: Um desafio pra a saúde coletiva e para a mídia no Brasil.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

145. RABELO, E H. *Avaliação novos tempos, novas práticas*. 4ª. ed. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2000.

146. RASMUSSEN ,F. Mothers benefit of a self-care booklet an a self-care educational session at child health centers. In Social Science and Medicine; 29(2):205-12,1989.

147. RAUPP, B; DIERCKS, M. “A categoria habermasiana de mundo vivido e sua aplicação no campo da educação em saúde.” Polígrafo, sem fonte.

148. REZENDE, M et al. “O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno.” In: Revista Latino-americano de Enfermagem. Março-Abril de 2002;10(2): 234-8.

149. ROBERTS,CR; HOSKAWA MC; WALTS ,B; MUELLER,R. Evaluation of a self-teaching program. In: Patientes Couns Health Educ; 3(4):161-165,1982.

150. ROBINSON P;KATON W;VON KORF M; BUSH T;SIMON G et al. The education of depressed primary care patients:what do patients think of interactiva booklets and a vídeo? IN: Journal Family Practice ; 44(6):562-71, 1997 Jun.

151. RODRIGUES, E. “Integração comunitária no bairro Jardim Itú:Relato de uma experiência.” In:Momento: Perspectivas em saúde. Revista Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, V9, número2, jul/dez-1996,pp.93-96.

152. RODRIGUES, E. “Cortiço uma realidade histórica - uma possibilidade de intervenção?” Dissertação de Mestrado. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1998.

153. ROHDEN, L. *Hermenêutica Filosófica*. São Leopoldo, Editora UNISINOS 2002.

154. ROMÃO, J E. *Avaliação Dialógica. Desafios e perspectivas*. 2ª. edição. São Paulo, Cortez Editora,1999.

155. ROMÃO, J E. "Avaliação: Exclusão ou Inclusão?" In: ECCOS Revista Científica , UNINOVE, n.1, v.4 ,jun 2002.

156. ROSO, A. "Confie desconfiando: uma proposta de redução de danos entre casais com risco de contrair HIV." In: Revista PSICO, Porto Alegre, v.29, n.2, 1998, pp.155-164

157. ROSO, A. "Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS." In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16 n.2 abr./jun. 2000. pp. 1-24

158. ROZEMBERG, B. "Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde." In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro v.18 n.6 nov.dez. 2002.

159. SAFRANSKI, R. *Heidegger- Um mestre da Alemanha entre o bem e o mal.* São Paulo, Geração Editorial, 1999.

160. SANNER MA; HEDMAN H;TUFVESON G. Evaluationn of na organ-donor – card campaign in Sweden. In: Clinical Transplant; 9(4):326-33, 1995 Aug.

161. SANTOS, B S. *A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência*. 2 ed. São Paulo, Cortez Editora, 2000.

162. SANTOS, E. JARDILINO, J R. "Sociedade em mudança e cultura avaliativa." In: ECCO Revista Científica, UNINOVE, São Paulo, jun de 2002.

163. SANTOS,L.H.S. “Biopoliticas de prevenção no Brasil: representações de risco e AIDS nos anúncios televisivos das campanhas de prevenção de massa.” Tese de Doutorado em Educação.Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

164. SAUL, A M. *Avaliação emancipatória*. 5 ed. São Paulo, Cortez Editora, 2000.

165. SCHALL, V et al. “Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: na entertaining educational tool for HIV/ AIDS preventions” In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15. S. 2. 1999.

166. SCHALL, V. “A prevenção de DST/AIDS e do uso indevido de drogas a partir da pré-adolescência: uma abordagem lúdico-afetiva.” In: *Avessos do prazer. Drogas, AIDS e direitos humanos.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz,2000. p. 189.

167. SCHERRER-WARREN, I (org). *Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul.* São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

168. SERRÃO, M; BALEEIRO, M C. *Aprendendo a ser e a conviver*. 2.ed. São Paulo, FTD,1999.

169. SESSIONS,G. *Avaliação em HIV/AIDS: Uma perspectiva internacional*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS(ABIA), 2001.

170. SILVA, C G M S. “O significado e as estratégias para prevenção da AIDS em homens casados.” In: Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2002;36(4 Supl) :40-9

171. SMITH PT, CASSON CL. Suitability of patient education materials for cardiac catheterization. In: Clinical Nurse Spec; 12(4):140-4; quis 145-6, 19998 Jul.

172. SHMULERG,G. “SIG, Vila Jardim, Beco da Cananéia.” Porto Alegre, 1998. Poligrafo.

173. SOUZA, J. “Dilema sobre as classes subalternas na idade da razão.” In: *Caminhada no chão da noite*. p. 128.

174. SOUZA, K R et al. “O desenvolvimento compartilhado de impresso como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas de rede pública do Estado do Rio de Janeiro.” In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.2, mar/abr. 2003.

175. SOUZA,V; FREITAS, M.I.F. “Adolescentes, AIDS e as campanhas na televisão.” In: Livro de Resumos I V8.Suplemento 1 do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

176. STARFIELD, B. *Atenção primária . Equilibrio entre necessidades de saúde , serviços e tecnologia.* Brasilia, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

177. STREET RL; VOIGT B;GEYER C;MANNING T;SWANSON GP. In: Increasing patient involvmente in choosing treatment for early breast cancer. In: Cancer; 76(11):2275-85, 1995 Dec 1.

178. VARGAS, E P; MONTEIRO, S; REBELLO, S. In: 6º Congresso de Saúde Coletiva (ABRASCO). Salvador – Bahia, Julho de 2000. Livro de resumos.

179. TAKEDA, S. “Avaliação de Unidade de Atenção Primária- Modificação dos indicadores de saúde e qualidade de atenção.” Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. UFPEL- RS, 1993, mimeo.

180. TARBY, W; HOGAN K. Hospital-based patiente information service: a model for collaboration. In: Bulletin Medical Library Association;85(2):158-66,1997 apr

181. TRAD, L A; BASTOS, A C S. “O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família(PSF): uma proposta de avaliação.” In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 14. ,n2. Abril de 1998, pp. 429-435.

182. TORRES, H C; HORTALE, V A; SCHALL, V. Ín: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Volume 19, número 4, , jul-ago. ,2003 pp. 1039-1047.

183. UNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA : “Pasta de Planejamento 2002”. (Pasta com todos os dados sobre o processo de trabalho e gerenciamento da unidade de saúde)

184. UNIDADE JARDIM ITÚ: “Pasta de Planejamento 2002”. (Pasta com todos os dados sobre o processo de trabalho e gerenciamento da unidade de saúde),organizada pelos profissionais de saúde da Unidade.

185. UNIDADE JARDIM LEOPOLDINA: “Pasta de Planejamento 2002”. (Pasta com todos os dados sobre o processo de trabalho e gerenciamento da unidade de saúde),organizada pelos profissionais de saúde da Unidade.

186. UNIDADE N.S. APARECIDA : “Pasta de Planejamento 2002”. (Pasta com todos os dados sobre o processo de trabalho e gerenciamento da unidade de saúde) organizada pelos profissionais de saúde da Unidade.

187. VALLA, V. *Participação Popular, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Demura, 1993.0,

188. VASCONCELLOS, C S. Avaliação. Concepção dialética-libertadora do processo de avaliação escolar. 12ª edição. Cadernos Pedagógicos do Libertad – 3. São Paulo,.2000.

189. VASCONCELLOS, E M. *O poder que brota da dor e da opressão.Empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo, Editora Paulus, 2003

190. VASCONCELLOS, Eymard. *Educação popular nos serviços de saúde*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec,1991 Abril de 1998

191. VICTORA, C. “Mulheres, sexualidade e reprodução. Representações do Corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre.” Dissertação de Mestrado em Antropologia, 1991. Programa de Pós –Graduação em Antropologia Social.Universidade Federal do RS

192. VICTORA, Ceres. “As imagens do corpo: Representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos.” In: FACHEL, O L (org.) *Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre, Editora da Universidade.pp. 75-87.

193. VICTORA, C; KNAUTH, D; HASSEN, M N. *A Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000.

194. VIVIAN, AS; ROBERTSON ,EJ. Readability of patient education materials.. In: Clin Ther, 3(2):129-36, 1980.

195. TRIVIÑOS, A. *Metodologia da pesquisa qualitativa nas ciências sociais*. São Paulo: Ática, 1990.

196. TRIVIÑOS, A. “Bases teórico-metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências sociais. Idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa.” In: Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, Porto Alegre, Volume IV,2001.

197. WHISNANT, L: BRETT, E; ZEGANS, L: Implicit messages concerning in commercial eductional mterials prepared for young adolescent girls. In: Am J Psychiatry; 132(8): 815-20, 1975.

SITES DA INTERNET

198. www.aids.gov.br : todos os dados epidemiológicos deste estudo

199. www.apta.org.br :Sala de imprensa .Dezembro de 2003

200. www.rho.org: Special Focus: Condom and HIV/AIDS- Novembro de 2003

201. www.jhuccp.org/pr/h9/h9chap3.shtml – site da John Hopkins University- Population Report

202. www.bireme.br

203. www.interface.org.br

204. www.fiocruz.br

APÊNDICES

APÊNDICE A: Cartilha artesanal sobre DIU.

APÊNDICE B: Cartilha Artesanal sobre pré-natal

APÊNDICE C: Manual para cuidadores

APÊNDICE D: Roteiro das entrevistas semi-estruturadas

I. Roteiro da entrevista semi-estruturada para amostra dos profissionais que coordenaram os grupos onde foi aplicado e vivenciado o material educativo que está sendo avaliado.

Esclarecemos que as perguntas em negrito são as perguntas norteadoras fundamentais. As perguntas em itálico são aquelas que necessariamente deverão ser realizadas se a entrevistada não se referir a estes temas na sua resposta inicial.

Nome da coordenadora do grupo:.....

Apelido.....
.....

Idade.....
Estado civil.....Cor.....

Se casada há quanto tempo.....Filhos.....

Usa camisinha.....Se sim, há quanto tempo.....

Escolaridade.....Profissão.....

Renda familiar aproximada.....

Tempo que trabalha no SSC.....

Unidade.....Telefone.....

Data:.....

1..Antes de começar falando especificamente do material educativo gostaria que tu me contasses um pouco da tua trajetória profissional e depois especificamente a tua vivência em educação em saúde (tua prática educativa.)

Desde quando trabalha no SSC?
Como vivencias a tua prática educativa?
Como tu caracterizarias a tua prática educativa?
Que aspectos destacarias?
Quais aspectos positivos ?
Quais aspectos que precisam ser melhorados?
Quais aspectos negativos?
Qual a influência da instituição na tua prática educativa?
Que aspectos a instituição influencia positivamente ,porque?
Que aspectos a instituição influencia negativamente , porque?

2. Descreve como tu trabalhaste com as cartilhas, o mais detalhado possível.:

2.1 Descreve o planejamento da reunião: reuniões prévias para o planejamento: tempo necessário para a reunião;
2.2 Dinâmicas a serem utilizadas ou não;(vocês planejavam alguma dinâmica de grupo para o encontro? Quais delas? Descreve.
2.3 Parcerias; (quem mais participava da coordenação da reunião?)
2.4 Organização da coordenação do grupo;(como vocês se organizavam para coordenar o grupo?)
2.5 Tipo de registro;(Foi utilizado algum tipo de registro? Qual? Quem fazia o registro? Onde?)

2.6 Avaliação da atividade.(Foi discutido algum tipo de avaliação do encontro? Que tipo de avaliação?)

2.7 Metodologia educativa utilizada na discussão do tema: Qual a metodologia educativa utilizada no grupo? Como fizeste a atividade educativa em si?

2.8 A valorização do cotidiano: como este cotidiano emerge na discussão educativa. (Como surgia o dia-a-dia na discussão do grupo)

2.9 Como é trabalhado pelo coordenador do grupo;(como tu trabalhavas as situações de cotidiano apresentado pelas diferentes participantes do grupo.)

2.10 As possibilidades de problematização alavancadas pelo coordenador;

2.11 As dificuldades na problematização do cotidiano referentes à prevenção de DSTs/Aids nas mulheres com parceiro fixo, que aspectos são problematizados ;

2.12 As possibilidades de sínteses e sínteses feitas;

2.13 Qual foi o teu papel no grupo (como se insere no grupo):

coloca seu cotidiano ou fica distante,(como te posicionas em relação as situações discutidas , exemplos)

2.14 A condução é clara dialógica e participativa ou segue outros rumos;(relata com exemplos como tu coordenas a reunião)

2.15 Respeita silêncios, (quando há silêncios, como tu reages)

2.16 Presta atenção na linguagem (como é a questão da linguagem)

2.16 Ouve o grupo.(quais as dificuldades da escuta)

3.Descreve detalhadamente como trabalhaste os diferentes temas que aparecem no material?

3.1 Quais temas foram abordados e discutidos e por quê;

3.1.1 Corpo: reconhecimento do corpo, cuidar do corpo, auto-cuidado.

3.1.2)Sexualidade: aspectos culturais da sexualidade feminina ,dificuldades de expressão da sexualidade, dificuldades de negociação da sexualidade, prazer, diferenças entre os homens e as mulheres

3.1.3) Fidelidade x Infidelidade

3.1.4) Uso do preservativo

3.1.5) Vulnerabilidade feminina: mais ou menos autonomia

3.1.6) Relacionamento conjugal: diálogo, repressão, submissão, diferentes olhares.

3.1.7)Empoderamento: Poder discutir com o companheiro. Conhecer o seu corpo. Cuidar da sua saúde. Autonomia

3.2)Quais os temas que foram mais questionados do material? Por que tu achas isso?

3.2.1)Quais os temas que chamaram menos a atenção? Por quais motivos?

3.2.2) que outros temas surgiram no decorrer da discussão?

4.Descreve como as pessoas sentiram, como consideraram ou como apreciaram o material

4.1 Em quais aspectos tu notaste esta apreciação do material :

4.1.2 No processo de compreensão e interpretação do problema discutido;

4.1.3 no grau de participação no grupo;

4.1.3 no conhecimento do seu corpo;

4.1.4 se houve o surgimento ou consolidação de conversas com seu companheiro de forma solidária e dialógica;

5.Que recomendações farias em relação ao material ?

5.1 Na sua forma .

5.2 No seu conteúdo.

5.3 Na sua aplicabilidade

6. Faz uma comparação entre o material que está sendo avaliado e os outros materiais disponíveis na Unidade para discutir DSTs/AIDs ?

6.1 Qual a principal diferença?

6.2 Qual as dificuldades de trabalhar com o material disponível?

II. Roteiro de entrevista semi-estruturada para a amostra da população que <u>não</u> participou da elaboração do material e participou dos grupos

Nome.....

Apelido.....
.....

Idade.....Estado civil.....COR.....

Se casada há quanto tempo?.....Filhos.....

Usa preservativo.....há quanto tempo?.....

Escolaridade.....

Trabalha.....Qual atividade exercida.....

Tempo que mora na Vila .....

Renda familiar aproximada.....

Unidade que consulta.....

Endereço.....

Telefone de contato.....

Número de prontuário.....

Data:.....

1.Antes de começar a conversar sobre a reunião gostaria que tu me falasses um pouco sobre como é teu dia-a-dia aqui na tua casa e na vizinhança.

O que fazes durante o dia?

Há quanto tempo moras na vila?

De aonde que tu veio?

Como é o teu relacionamento com os vizinhos?

Tens amigas?

Freqüentas a casa deles?

Como é morar na vila?

Quais os principais aspectos positivos?

Quais os principais aspectos negativos?

Porque tu moras aqui?

2. Por que tu participaste do grupo onde se discutia sobre aids?

Foi convidada pelo pessoal do posto, porque participaste
Foi convidada pela vizinha, porque participaste

3.Me conta o que te lembras do encontro que tu participaste para discutir dst/aids

3.1 o que te chamou mais a atenção;

3.2 como foi o trabalho do coordenador;

3.3 como foram as discussões;

3.4 te lembras das opiniões das outras mulheres do grupo;

3.5 tu conversaste sobre a reunião com o teu marido? O que tu falaste com ele?

3.6 como fica para ti usar a camisinha após a reunião?

3.7 tu comentaste a reunião com outras pessoas? Com quem? Que assuntos tu comentaste? Com Quantas pessoas tu conversaste ?

3.8 tu leste ou distribuiste o material para outras pessoas?

4. Por que tu achas que se está discutindo dst/aids com mulheres?

4.1 O que pensam as tuas vizinhas sobre a aids?

4.2 Quais os problemas que tuas vizinhas identificam para as mulheres se preveniram da aids? Por que?

4.3 E tu, quais os problemas que tu identificas para te prevenir sobre a aids? Por que?/

4.4 Tu te sentes vulnerável em relação a aids? Porque?

4.5 o que tu achas que seja necessário para a mulheres perceberem a sua vulnerabilidade , por que?

APÊNDICE E: Roteiro do grupo de discussão de consenso

III.Roteiro para o grupo de discussão de consenso entre os profissionais que coordenaram os grupos

A pergunta que coloco para vocês a seguir é resultado das entrevistas individuais e as observações dos grupos .Eu não participarei da reunião ,a não ser quando for necessário para resgatar a metodologia da reunião.

Esta discussão do grupo será gravada em fita k-7. Tempo da discussão: 35 min.

Gostaria que vocês discutissem as perguntas da seguinte forma:

Responder a pergunta 1:

Na experiência de vocês com o material educativo, quais as principais dificuldades encontradas na aplicabilidade do material?

Todas as pessoas do grupo tem que se manifestar.
Sistematizar as falas das pessoas (por exemplo: listar as dificuldades.

Responder a pergunta 2:

Como vocês lidaram com cada uma das dificuldades?

Seguir as mesmas recomendações da pergunta 1.

Responder a pergunta 3:

Quais as sugestões em relação à aplicabilidade do material e ao material em si?

Seguir as recomendações das perguntas anteriores. Escolher um relator para fazer uma síntese da discussão. Se possível, chegar a um consenso nas discussões.

IV. Roteiro da observação semi-dirigida dos grupos onde se aplicou e vivenciou o material educativo que foi avaliado.

Data.....Local.....Hora de inicio.....

Hora de término da reunião.....

Número de pessoas presentes.....

Nome das pessoas presentes.....

.....

Coordenadora.....Apelido.....

Telefone de contato.....

A observação da atividade será semi-dirigida pelos aspectos relatados na entrevista individual com o profissional que coordena o grupo. Estes aspectos serão observados no decorrer do processo.

Informações individuais das participantes dos grupos:

Nome.....

Apelido.....
.....

Idade.....Estado civil.....

Se casada há quanto tempo?.....Filhos.....Cor:.....

Usa preservativo.....há quanto tempo?.....

Escolaridade.....

Trabalha.....Qual atividade exercida.....

Renda familiar aproximada.....

Unidade que consulta.....

Endereço.....

Telefone de contato.....

Número de prontuário.....

Data:.....

APÊNDICE F: Cartilha Conversa Franca

APÊNDICE G: Cartilha Aprendendo com a Vida

APÊNDICE H: Cartilha Cenas da Vida

APÊNDICE I: Cartaz “Num baile da terceira idade”

APÊNDICE J: Manual para Equipes de Saúde.

ANEXOS

ANEXO A: Cartilha Artesanal do conselho gestor local

ANEXO B: Cartilha Sobre Acolhimento

ANEXO C: Cartilhas Do Nupacs

ANEXO D: Cartilhas Para A Prevenção Do HIV/AIDS

ANEXO E: Cartilha Elaborada Pelas Mulheres Do Jardim Leopoldina

ANEXO F: Divulgação Nos Meios De Comunicação Do Trabalho De Construção Do Material Educativo.