

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**NASCE O SOL NO SOL NASCENTE:
organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e
saúde.**

por

ANTONIO DE MIRANDA WOSNY

Florianópolis, outubro de 1994

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTACATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

NASCE O SOL NO SOL NASCENTE:
organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde.

Antonio de Miranda Wosny

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Rosita Saupe

Florianópolis, outubro de 1994

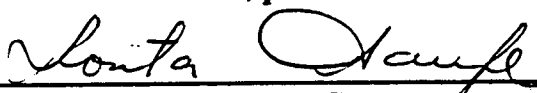
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NASCE O SOL NO SOL NASCENTE:

organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde

Dissertação apresentada à banca examinadora por Antonio de Miranda Wosny, sob a orientação da Prof. Dr. Rosita Saupe, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, opção Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

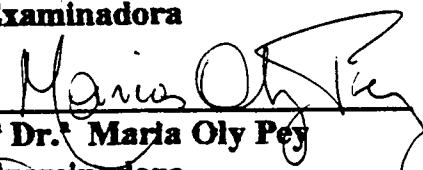
Aprovada em 25 de novembro de 1994, pelos membros da banca:



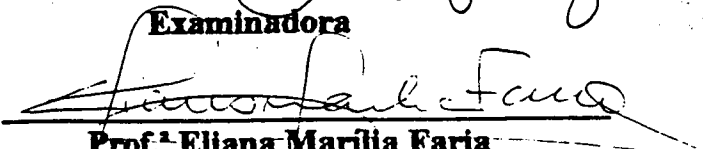
Prof.ª Dr.ª Rosita Saupe
Presidente



Prof.ª Dr.ª Maria Teresa Leopardi
Examinadora



Prof.ª Dr.ª Maria Oly Pey
Examinadora



Prof.ª Eliana Marília Faria
Examinadora

"O sonho é também um motor da história"
(Freire, 1993)

"A mais sublime das aventuras é um mergulho na paixão. Seus resultados são imprevisíveis, a realização de um produto é irrelevante, o próprio mergulho é a razão de ser dele próprio"(Buarque, 1994).

À Oni, Ingrid e Guilherme, razão primeira de tudo isso, pelo carinho, incentivo e compreensão durante o tempo compartilhado com outros sujeitos dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao Amauri e Ivonete, companheiros de sonhos, pelas horas compartilhadas no decorrer do Curso de Mestrado, especialmente àquelas de estudos *freireanos* e caminhada com os moradores do bairro Saco Grande II e morro do Sol Nascente.

→ Rosita, pela amizade, confiança, estímulo e tranquilidade presente durante a orientação deste trabalho.

→ Ao *Seu* Ambrosino, presidente da Associação dos Moradores do Sol Nascente, pela sua disponibilidade, espírito guerreiro e exemplo de participação e luta por uma sociedade mais justa.

À Leia, pela receptividade e companheirismo durante o período que atuamos juntos no COMOSG e AMSOL.

Aos professores e acadêmicos do Curso de Enfermagem, que possibilitaram a continuidade desta proposta, viabilizando o NEPEPS, através de trabalho competente e comprometido com uma relação transformadora da Universidade na Comunidade.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que através do empenho de todos os colegas e funcionários, facilitou a realização de minhas atividades no mestrado.

Ao Grupo de Estudos de Plantas Medicinais; à Tereza e à Fátima, enfermeiras da Pastoral a Saúde, pela dedicação ao grupo e respeito à cultura popular nos seus processos tradicionais de cura.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS(*)

ACOLJOGOC - Associação Comunitária Loteamento João Gonzaga da Costa
AMPAF - Associação de Moradores do Parque da Figuera
AMSOL - Associação dos Moradores do Sol Nascente
APROCOM - Associação Pró-Comunitária Monte Verde
APROCRUZ - Associação Pró-Comunitária Caminho da Cruz
BTI - Bacillus Thuringiensis Israelensis
CCMV - Centro Comunitário do Monte Verde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEPE - Conselho de Ensino e Pesquisa
CINCRUTAC - Comissão Incentivadora dos Centros Rurais Universitários de
Treinamento e Ação Comunitária.
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde
COMCAP - Companhia de Melhoramentos da Capital
COMOSG - Conselho dos Moradores do Saco Grande II
CPP - Centro de Profissionalização Popular
CPT - Comissão Pastoral da Terra
CRUB - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
CRUTAC - Centro Rural Universitário de Treinamento de Ação Comunitária.
CS - Centro de Saúde
DACES - Departamento de Assuntos Comunitários e Estágios
DAEx - Departamento de Apoio à Extensão
DC - Desenvolvimento de Comunidade
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
EPAGRI - Empresa de Pesquisa Agrícola de Santa Catarina
ETFESC - Escola Técnica Federal do Estado de Santa Catarina
FEESC - Fundação Estadual de Ensino Sul Catarinense
FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUCADESC - Fundação Catarinense de Desenvolvimento de Comunidade
FUCRI - Fundação Universidade de Criciúma
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES - Instituições de Ensino Superior
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

(*) Instituições governamentais e não governamentais citadas no texto, ou com as quais o autor estabeleceu relações para o desenvolvimento deste trabalho.

ISEB - Instituto Superior de Estudos Brasileiros
MCP - Movimento de Cultura Popular
MEB - Movimento de Educação de Base
MEC - Ministério da Educação e Cultura
NEPEPS - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular e Saúde
NFR - Departamento de Enfermagem
OMS - Organização Mundial da Saúde
PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis
POC - Processo de Orçamento Participativo
SEBRAE - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEC - Serviço de Extensão Cultural
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC - Serviço Social do Comércio
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SHD - Secretaria de Estado da Habitação, Saneamento e Desenvolvimento Comunitário
SINE - Sistema Nacional de Emprego
SPB - Departamento de Saúde Pública
SUDS - Serviço Único e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCPP - Unidade Coimunitária de Profissionalização e Produção
UDESC - Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNE - União Nacional dos Estudantes
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância.
USP - Universidade de São Paulo

RESUMO

Neste trabalho, relato uma experiência na qual o enfermeiro participa de um processo educativo em saúde a partir de uma proposta problematizadora de ações político-pedagógicas com o movimento popular de bairro. A prática tem como itinerário metodológico, o referencial dialógico de Paulo Freire, respeitando as características da atividade e população participante.

Trata-se principalmente de um projeto que privilegia a extensão universitária de enfermagem, efetivando a presença da Universidade na comunidade e resgatando parcela dessa prática, no decorrer de sua história.

A aproximação com a comunidade parte de uma ação que combina a participação do serviço local de saúde no cotidiano do bairro Saco Grande II, onde, como agentes externos, representamos o papel de intelectual, facilitamos um processo reflexivo abrangente à problemática determinante dos agravos à saúde da população local.

O objetivo primordial, é possibilitar aos atores do processo, ganhos de consciência política através da interação entre trabalhadores de saúde, população e aparelho formador de recursos humanos nessa área.

Para a efetivação dessa proposta, partimos da discussão de problemas enfrentados cotidianamente pela população. O primeiro desafio a ser superado encaminhou-se no sentido de aglutinar as forças populares em torno de objetivos que exigiam superação imediata. Depois partir para um processo educativo através de ações que possibilitassem a tomada de consciência sobre os determinantes dos problemas que agravam a saúde da população e como enfrentá-los de forma sistemática.

O enfoque principal de nossa proposta, é *direcionado* prioritariamente ao processo educativo e saúde da comunidade, a partir de ações facilitadoras da organização popular. Inicia-se com a abordagem de problemas de saúde concretos, tais

como o combate aos "borrachudos" e tratamento da água no morro do Sol Nascente, apoiando sua reorganização em torno da associação de moradores e estabelecendo um novo agir no Conselho de Moradores do Saco Grande II, transformado em cenário de ações educativas e palco de debates da problemática do bairro sob nova ótica política e pedagógica.

Considero importante relatar também nossa experiência como animadores da gênese de um grupo comunitário. O tema problematizado refere-se à cultura popular, debatida em conjunto com os atores do serviço local de saúde, objetivando a interação educativa a partir dessa prática cultural. Trata-se de uma proposta de educação e saúde, na qual estivemos envolvidos, juntamente com representantes de diversos segmentos da vida cotidiana do bairro visando estabelecer mais um espaço para discussão da temática de saúde da comunidade. O Grupo de Estudos de Plantas Medicinais constituiu-se numa das concretizações mais importantes relacionadas à nossa presença na comunidade e consolidou o processo de aproximação da comunidade local com o serviço de saúde

A importância do presente trabalho relaciona-se ao fato de tratar-se de relato de uma experiência, iniciada para não findar com sua defesa de dissertação, requerida pela academia. Isso é devido ao elencamento da mesma a uma proposta extensionista que envolveu múltiplos atores que encontraram-se no bairro Saco Grande II e efetivaram uma proposta de ações contínuas representadas pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular e Saúde que integra principalmente professores e alunos dos Departamentos de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

In the present work, an experience is reported where a nurse takes part in a health education process based on a problem-assigning proposal of political-pedagogical actions jointly performed with popular district movement. The practical application of the process has as its methodological route PAULO FREIRE's dialogical framework, characteristics of the activity and of the participating population duly taken into consideration. This is mainly a project where nursing university extension courses receive their greater attention, rendering the presence of the University in the community effective and rescuing a parcel of such practice along its history. The closeness with the community is born from combined action of participation by the local health service on daily activities at Saco Grande II community where, as external agents and invested with an intellectual role, we give rise to a comprehensive thoughtful process covering the causes of health impairment among the local population. The main goal is to increase among the process actors the acquisition of political conscience by means of an interaction among health workers, the population, and the human resources formative mechanism in this area. To render our proposal effective, we started with a debate on the problems faced daily by the population. The first challenge was the aggregation of popular forces around those objectives to be immediately conquered. Following that, to start an educative process by means of actions promoting the conscientious thought on the causes of health deterioration among the population, and how to systematically face problems. Our proposal has its focus directed, as a priority, to the educational process and health, based on actions which foster popular organization. Concrete health problems are first approached, such as the control of the "borrachudo" mosquitoes, and water treatment at the "Sol Nascente"* hill. The reorganization process was conducted with the support of citizens association whereby new lines of conduct came to be established at the Saco

* Rising Sun

Grande II dwellers council. In here, a new setting was created for educative actions and stage of debates on neighborhood problems, seen from a new political and pedagogical angle. I deem also important to register our experience as inducers of the birth of a community group where the theme of popular culture was discussed jointly with the participants at the local health service to the end of an educational interaction founded on this cultural practice. Such an education and health proposal, of which we have participated together with representatives of the various segments of daily neighborhood affairs, seeks to open one more space for debates on community health matters. The Medical Plants Study Group came to be one of the most important links between the community and ourselves, consolidating the bond of local community members and the Health Service. This work is important on account of being an experiment not supposed to end at an academically required thesis. On the contrary, it purports a far-reaching aftermath involving multiple participants in the Saco Grande II community. These people are committed to a proposal of continued actions by the Extension and Research Nucleus for Popular Education and Health. Affiliated to this group are mainly professors and students from the Nursing and Public Health Departments of the UFSC.

SUMÁRIO

1 - Esclarecimentos iniciais	1
2 - A mediação pedagógica de Paulo Freire.....	11
3 - A Universidade na comunidade.....	20
3.1 - Extensão universitária: repensando a questão conceitual.....	27
3.2 - A UFSC e sua relação com a comunidade.....	41
3.3 - A Enfermagem da UFSC: extensão, razão e paixão.....	47
4 - Quem é esse povo que o morro povoa?.....	66
4.1 - Alguns determinantes da origem das povoações periféricas de Florianópolis.....	67
4.2 - O bairro Saco Grande II recebe os migrantes.....	71
4.3 - Nasce o Sol no Sol Nascente: assim vive o povo do morro.....	74
5 - Comunidade organizada é menos explorada.....	79
5.1 - O desafio: unificar organizações, superar mutirões.....	84
5.2 - O ponto de partida.....	94
5.3 - Para além do borrachudo: uma coisa puxou outra.....	104
6 - Resgatando cultura e apreendendo saúde.....	106
6.1 - Um breve relato da arte de curar com plantas.....	107
6.2 - O Grupo de Estudos de Plantas Medicinais: cenário, atores e papéis.....	110
7 - Considerações finais.....	119
8 - Bibliografia.....	122

1 - CONSIDERAÇÕES E ESCLARECIMENTOS INICIAIS

Com o advento de um novo sistema de atenção à saúde da população brasileira, o conceito de saúde apresenta-se de forma ampliada e exige dos trabalhadores, usuários e gestores um redimensionamento de sua postura prática, no sentido de alcançar as transformações desejadas para o setor. Como enfermeiro e docente de uma instituição pública formadora de recursos humanos, acredito que o novo sistema de saúde proposto à população brasileira é o instrumento primordial de execução na prática do que foi garantido constitucionalmente para o setor.¹ Para ser efetivado, o Sistema Único de Saúde-SUS carece de profissionais capazes de, em parceria com a comunidade, intervir nos determinantes do processo saúde-doença, a partir do local onde se dão as relações entre trabalhador de saúde e usuário do sistema.

A enfermagem, enquanto segmento no processo de trabalho em saúde, representa um setor de importância significativa para a efetivação do SUS. Entretanto, desempenha papéis que ainda não correspondem à sua importância e capacidade de interferir e proporcionar as mudanças requeridas nos serviços de saúde. É expressivo o número de trabalhadores de enfermagem, em suas divisões sociais e técnicas, que atuam no espaço social onde se operam as relações de trabalho em saúde e ocorre a relação de diálogo com o cidadão, com possibilidades de transformação no processo saúde/doença.²

A proposta de construção de um novo sistema de saúde exige o desempenho de novos papéis por parte dos atores que atuam neste cenário. Estes novos papéis deverão constar de uma aliança tripartite e unidirecional entre serviço de saúde, comunidade e

¹ "A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção proteção e recuperação" (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, p.133).

² " Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da 8.a Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília, 1987, p.381).

instituições formadoras, a qual possa materializar o direito social à saúde e superar as dificuldades de efetivação das propostas do SUS.³ É nessa perspectiva que nos propusemos, juntamente com mais dois profissionais enfermeiros, desenvolver um projeto que reunisse a população, mediadores institucionais externos, e o serviço de saúde local em torno de objetivos capazes de produzir transformações significativas, a médio prazo, nas condições de saúde dos moradores de um bairro periférico de Florianópolis.⁴ Um dos resultados deste projeto é o relato de uma parcela da experiência, na qual participei como mestrando, acompanhando os grupos populares em seu processo organizativo para conquista do atendimento de suas necessidades de saúde.

A ação de enfermagem em uma proposta de educação popular e saúde junto à população periférica urbana, sua organização e concentração de forças capazes de operar transformações na saúde da população é o que pretendemos com este relato.

A metodologia empregada no desenvolvimento das atividades baseia-se no referencial pedagógico de Paulo Freire, adaptado para os momentos educativos previstos no projeto. A descrição da metodologia e pensamento freireano é breve e limita-se a alguns de seus pressupostos facilitadores de nossa prática.. A análise crítica do pensamento do autor não é objetivada neste trabalho, por considerarmos uma tarefa árdua e já realizada por muitos autores da área pedagógica.⁵

³ "A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, expressa as conquistas contidas na Constituição de 1988. Incorpora os principais mandamentos constitucionais: saúde como direito e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; o Sistema Único de Saúde com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com mando único em esfera de governo" (MENDES, E.V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993, p. 42-43)

⁴ Este trabalho é o relato individual de uma atividade realizada junto à população do Bairro Saco Grande II, a qual foi concebida em projeto conjunto com o enfermeiro mestrando Amaury Angelo Gonzaga e a enfermeira mestranda Ivonete Terezinha Buss Heidemann. No decorrer do desenvolvimento do projeto, diversos atores, da comunidade, Universidade e outras instituições, participaram de atividades com nosso grupo. Portanto, todas as vezes que descrevo ações no plural, estou destacando minha interpretação abrangente ao pensamento do grupo como um todo.

⁵ A fundamentação teórica da proposta educacional de Paulo Freire é discutida por FÁVERO, Osmar (org.). *Cultura popular e educação popular: memória dos anos 60*. Rio de Janeiro: Graal, 1983 e também é analisada por PAIVA, Vanilda Pereira. *Paulo Freire e o nacionalismo-desenvolvimentista*. Rio de Janeiro: Civilização

Objetivamos também, com os resultados deste trabalho, fornecer elementos pedagógicos que contribuam junto ao aparelho formador dos recursos humanos para a área da saúde. A expectativa encaminha-se no sentido de atender os requerimentos do novo sistema de saúde proposto, especialmente aqueles relacionados à formação e capacitação de pessoal de enfermagem para a rede básica de saúde. Entretanto, a preocupação básica está relacionada à possibilidade de contribuir para a formação de um profissional de enfermagem preparado para entender o processo de saúde e doença para além das intercorrências rotineiras dos serviços. Direciona-se ainda, à formação de um profissional crítico, ciente de sua responsabilidade na construção e execução de políticas de saúde que possam produzir transformações radicais no setor.⁶

Elegemos como palco de nossas atividades no bairro do Saco Grande II as organizações populares motivadas para uma ação interativa com o serviço de saúde local, com participação ativa da Universidade estendida na comunidade. A prática foi desenvolvida a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS)⁷ do bairro, facilitada pelo convênio para campo de estágio entre os Departamentos de Enfermagem (NFR) e de Saúde Pública (SPB) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF).

Uma grande parcela de nossa proposta de trabalho no bairro foi realizada com apoio local do Conselho de Moradores do Saco Grande II (COMOSG), graças ao empenho de seu gerente e nossa consideração da importância do acompanhamento das atividades em andamento naquela instituição comunitária. O COMOSG caracteriza-se

Brasilira, 1980, GADOTTI, Moacir. *Convite à leitura de Paulo Freire*. São Paulo: Scipione, 1991, BRANDÃO, Carlos R. *O que é Método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

⁶ Ver Saube, R. Formação do enfermeiro cidadão crítico: entendimento dos docentes de enfermagem. *Rev. Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p.01-15, jan./jun. 1992.

⁷ Na estrutura organizativa da rede básica de saúde municipal, as unidades de saúde são denominadas de Centros de Saúde (CS). Neste trabalho, uso a denominação Unidade Básica de Saúde (UBS), em referência especial ao posto de saúde do bairro Saco Grande II. O termo UBS é decorrente de terminologia adotada pelo Sistema Único de Saúde para as unidades ambulatoriais públicas. Um estudo com detalhes das diversas denominações das unidades de saúde de acordo com as diversas políticas públicas de saúde do país é apresentado por CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. *In: BODSTEIN, R.C.A. Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993.

como um espaço tradicional de relações de alguns grupos de moradores que desenvolvem as atividades comuns neste tipo de organização. Um exemplo destes grupos é o de senhoras que se encontram semanalmente, para produzir artesanato com supervisão e acompanhamento da atual gerente do COMOSG.

Outro motivo importante é o fato da Unidade Básica de Saúde do bairro estar anexa ao COMOSG e representar, historicamente, uma conquista da população local por melhores condições de atendimento às suas necessidades de saúde. Mesmo que esta conquista represente um favorecimento *político* à uma organização comunitária com orientação técnica e política de iniciativa governamental.⁸

Visualizamos com esta proximidade física COMOSG/UBS, uma possibilidade à mais para estabelecer a relação necessária entre comunidade e serviço de saúde local. Mesmo cientes de que o COMOSG representa apenas uma parcela da população do bairro, concluímos que sua parceria seria uma contribuição importante para a concretização, na prática, de um dos princípios de maior importância para o SUS, que é, sem dúvida, a participação popular, promovendo o controle social dos serviços de saúde. Acreditamos na possibilidade de transformação da prática tradicional de atuação do COMOSG, à medida que promova esforços no sentido de desenvolver atividades em parceria com as outras organizações populares locais, unificando as forças comunitárias em torno de objetivos comuns.⁹

⁸ O Conselho Comunitário do Saco Grande (COMOSG) é uma entidade comunitária dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos constituído por membros da comunidade. Sua primeira diretoria tomou posse no dia 26 de novembro de 1980, de acordo com registro em livro de atas da instituição. Foi mantido e orientado técnica e politicamente pelo governo estadual através da Fundação Catarinense de Desenvolvimento de Comunidade (FUCADESC) em convênio com o município até o ano de 1987. Após esta data, devido a mudanças na condução política partidária Estadual, a FUCADESC foi extinta e a manutenção dos conselhos comunitários passou para a responsabilidade da Secretaria de Estado da Habitação, Saneamento e Desenvolvimento Comunitário (SHD). A esse respeito, ver MACHADO, Simone M. **"O processo de formalização jurídico-institucional dos conselhos comunitários em Florianópolis (1977-1983): um caso de oposição sistemática"**. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política, UFSC, 1990. Ver também MÜLLER, Kathia T. **Organização de moradores em Florianópolis numa perspectiva de necessidades radicais**. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política, UFSC, 1992.

⁹ Identificamos as seguintes organizações populares no bairro: Centro Comunitário do Monte Verde- CCMV, Associação de Moradores Pró-Comunitária Monte Verde (APROCOM), Associação Comunitária Loteamento João Gonzaga da Costa-ACOLJOGOC, Associação dos Moradores do Caminho da Cruz e Rua Manoel Vicente (APROCRUZ), Associação dos Moradores do Parque da Figueira-AMPAF, Conselho de Moradores do Bairro Saco Grande II-COMOSG e Associação dos Moradores do Sol Nascente (AMSOL).

Uma das organizações comunitárias que mais tem se destacado no sentido de mobilizar as entidades populares do bairro é a Associação dos Moradores da Comunidade Sol Nascente (AMSOL), cujos integrantes constituíram-se no elenco de atores dos principais eventos dos quais participamos na comunidade. O nosso envolvimento com essa associação deu-se em decorrência da aproximação de seus atores com o serviço de saúde local. Inicialmente, para solicitar ajuda na solução de diversos problemas enfrentados pela comunidade. Posteriormente, para caminhar juntos em busca de uma nova prática de saúde que atendesse as necessidades da população. Isso foi possível devido a vontade política da coordenação da UBS¹⁰ no sentido de facilitar a interação com a população e a participação ativa dos moradores locais, para encontrar soluções conjuntas para problemas de saúde do bairro.

Na UBS, procuramos desenvolver atividades diferentes de uma unidade prestadora de serviços à população, dentro do modelo tradicional de atendimento clínico individualizado ou campo de estágio acadêmico. A tentativa era estabelecer uma nova relação comunidade e serviço de saúde. A UBS, em conjunto com as organizações locais, passa a propor novos caminhos para o atendimento de necessidades emergentes no bairro, em direção a um processo de transformação da qualidade de vida da população ao seu redor.¹¹

A Universidade é destacada neste cenário, à medida que seus representantes na comunidade procuram mudar sua postura de usuários do serviço exclusivamente como campo de ensino, pesquisa e extensão de caráter eventual e propõem uma nova forma de relação com a comunidade local, desenvolvendo programas mais contínuos de interação com a população e organizações locais. Participa mais ativamente dos

¹⁰ A partir do mês de maio de 1993 os serviços de saúde do município de Florianópolis estão organizados num modelo gerencial descentralizado com coordenações locais de serviço, eleitas pelos trabalhadores da própria unidade. Ver PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social. **Plano municipal de saúde**. Florianópolis: mimeo, 1993. Mais detalhes do assunto pode ser encontrado em GONZAGA A. *et al.* **Proposta de trabalho do GT GERUS**. Florianópolis: mimeo, 1993.

¹¹ A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde está disposta na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta lei regulamenta o controle social dos serviços de saúde pela população organizada em Conselhos de Saúde locais, municipais, estaduais e nacional.

debates de questões de interesse da população do bairro e contribui no seu encaminhamento. A relação Universidade/sociedade é abordada, discutindo-se alguns elementos históricos e princípios da extensão universitária brasileira, na UFSC e no Departamento de Enfermagem.¹²

A relação dos profissionais do serviço, juntamente com representantes da comunidade e universidade, debatendo e encaminhando as questões abrangentes de saúde da população local é o fato de maior significado que se destaca nesta experiência.¹³ Nosso trabalho tem seu desenvolvimento proposto na ação conjunta com moradores do bairro em grupos já organizados, em organização ou emergentes na comunidade. Procuramos identificar, com a população local, os principais temas que se constituem-se em enfrentamentos mais importantes para a comunidade. Posteriormente, refletindo com a mesma sobre as causas determinantes dessas necessidades e construindo formas de ação para superá-las.

Os moradores, ligados de alguma forma às suas associações, foram nossos primeiros referenciais no bairro, juntamente com os trabalhadores do serviço de saúde local. Nos propomos, neste trajeto, contribuir para construção de propostas que pudessem conduzir à superação das carências imediatas da população e também abrir espaços para a construção de caminhos em direção à cidadania plena.¹⁴

¹² A proposição é objetivada no sentido de estabelecer uma relação dialógica universidade/sociedade transcendendo os padrões tradicionais de extensão, ensino e pesquisa universitária. O estabelecimento de um diálogo criticizante entre os diversos atores que desempenham papéis na comunidade é o principal instrumento utilizado em direção a uma consciência política dos envolvidos no processo educativo proposto. A idéia principal é, através da democratização das ações em saúde, abrir espaços educativos interdisciplinares, possibilitando à universidade qualificar sua estrutura de formação em saúde e transformar-se interagindo com a comunidade.

¹³ Nosso trabalho não objetiva a construção de uma nova proposta metodológica de educação e saúde, entretanto busca vivenciar, nesta prática, experiências que ocorreram com sucesso no campo da Educação Popular, baseadas principalmente no referencial de Paulo Freire. Um debate recente sobre as questões teórico metodológicas em educação popular e saúde e o pensamento de diversos pensadores contemporâneos sobre o assunto é apresentado por VALLA e STOTZ, em obra de sua organização, na qual é destacado: "**Uma das características básicas da educação popular é a indicação de problemas concretos e o esforço de resolvê-los. De certa forma, poder-se-ia dizer que no campo da educação popular, a partir do problema formulado, busca-se uma metodologia adequada.**" (VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. *Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993. p.104).

¹⁴ Entendo cidadania plena como um processo social que garante aos indivíduos e coletividade direitos e estabelece deveres, que possibilitam a conquista de uma qualidade de vida digna, isenta de desigualdades, que satisfaça as necessidades socio-econômicas, políticas e culturais do indivíduo e da coletividade.

As primeiras reuniões com a população do bairro tiveram como tema principal, um problema comum: o *ataque* dos "**borrachudos**"¹⁵. Esse inseto procria nas águas das cachoeiras que atravessam diversos núcleos de moradores do bairro, principalmente o do Sol Nascente. Este tema foi o "facilitador" inicial da interação unidade de saúde/população, com mediação externa da UFSC e Empresa de Pesquisa Agrícola de Santa Catarina (EPAGRI). Os debates (problematização) sobre este tema, culminaram na geração de novos temas, tais como o abastecimento e qualidade da água consumida pelos moradores do bairro. Este tema deu origem à **Comissão da Água**,¹⁶ a qual realizou o primeiro inquérito participativo da população sobre questões de água e saneamento básico do bairro.

Outro tema gerado foi a necessidade de definir o destino do lixo produzido pela população local. Não existe um sistema de coleta pública de lixo que possa atender a comunidade como um todo. Os núcleos de moradores das encostas são os que têm maior dificuldade em dar destino adequado aos dejetos ali produzidos, que normalmente são depositados em lugares impróprios. Este tema proporcionou uma série de debates e a entrada em cena de mais um ator que contribuiu nos encaminhamentos da questão lixo: foi a Companhia de Melhoramentos da Capital (COMCAP),¹⁷ que reunida com representantes das organizações populares locais, coordenação da UBS e UFSC elaboram estratégias que se encaminham para o atendimento de mais esta necessidade.

¹⁵ Trata-se possivelmente da espécie denominada *Simulium Pertinax*, inseto que habita as águas correntes de todo o Brasil. Seu controle natural é realizado por peixes que se alimentam de sua larva. A poluição e o desmatamento das matas ciliares dos mananciais aquíferos pode ser um dos causadores de proliferação epidêmica dos "borrachudos". 16

¹⁶ A **Comissão da Água**, do bairro Saco Grande II, foi constituída em assembléia comunitária no dia 27 de outubro de 1993, com o objetivo de realizar inquérito comunitário sobre as condições de abastecimento de água e saneamento básico das residências de moradores das encostas do bairro. Contou com 11 (onze) participantes que levantaram dados que possibilitaram visualizar o perfil sócio-demográfico de 193 famílias residentes nos morros do Sol Nascente, Caju e Balão. Estes dados foram encaminhados à Companhia de Água e Saneamento (CASAN), para subsidiar as negociações para a construção de um sistema de tratamento e distribuição de água no bairro.

¹⁷ A COMCAP é uma empresa de economia mista na qual a Prefeitura Municipal de Florianópolis é a maior acionista. Encarrega-se da manutenção e implementação de obras de infraestrutura física do município dentre as quais se destaca a conservação e limpeza do sistema viário e a coleta do lixo urbano. É dotada de uma divisão educativa que desenvolve atividades especiais que orientam para o programa de coleta seletiva do lixo.

Procuramos nos relacionar também com grupos de moradores interessados em discutir práticas populares de cura. O objetivo principal desta relação foi estabelecer mais um canal de *comunicação* entre os diversos atores destas práticas e facilitar uma aproximação com o serviço oficial de saúde. Com mediação da *gerente*¹⁸ do COMOSG configurou-se um grupo de moradores interessados em discutir o uso de plantas medicinais no tratamento de doenças e a necessidade de resgatar essa prática da cultura popular de atenção à saúde. Os debates deste tema evoluíram na constituição de um grupo de moradores que, em reunião semanal, discute suas práticas de cura com ervas medicinais.

No decorrer dos encontros o grupo ficou conhecido como Grupo de Estudos de Ervas Medicinais. Nossa participação no grupo é de animação e também de mediação técnica em alguns assuntos de interesse dos participantes. Com o andamento dos debates concluiu-se pela necessidade de uma assessoria um pouco mais especializada para suas atividades. Para tanto, novos atores são convidados a participar dos trabalhos, representados por duas enfermeiras da **Pastoral da Saúde**,¹⁹ as quais assumem um papel importante de animação pedagógica no grupo.

¹⁸ Os Conselhos Comunitários *oficiais* possuíam uma organização administrativa que executavam os projetos da entidade. O livro Registro de Empregados do COMOSG apresenta a estrutura do pessoal que iniciou as atividades em 26 de novembro de 1980 no bairro Saco Grande II, a qual constava de um Gerente, um Assistente de Administração, um Auxiliar de Gerente, uma Copeira, dois Vigilantes, dois Auxiliares Administrativos e um Servente. No início de nosso trabalho no bairro (1993) ainda existia a função de Gerente, ocupada por uma moradora do bairro. No ano de 1994, foi extinta a função de gerente do COMOSG e a funcionária foi demitida. Da estrutura de pessoal inicial só estão mantidos um Assistente de Administração e um Auxiliar Administrativo.

¹⁹ Trata-se de uma atividade eclesial católica, coordenada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Trabalha em dois níveis: em nível doutrinal, destacando o valor da vida e da saúde à luz do Evangelho e em nível prático, promovendo ações de saúde diversas, destacando-se a criação e manutenção de hospitais e escolas de profissionais de saúde, congregações religiosas voltadas à assistência de doentes e promoção da saúde. Hoje, em muitas Dioceses e Paróquias, destacam-se grupos de religiosos e leigos trabalhando em equipes de Pastorais de Saúde, dos Enfermos e da Criança. A Pastoral da Saúde desenvolve também um programa de educação em saúde e organização popular, capacitando grupos de agentes de saúde comunitários. Estes agentes atuam a nível de comunidade desenvolvendo ações práticas de atendimento à saúde e sua participação é nacionalmente significativa nas organizações populares de controle social da saúde, tais como os Conselhos de Saúde em todos os níveis propostos pelo SUS. Na Diocese de Florianópolis a Pastoral da Saúde desenvolve suas atividades, coordenadas por duas enfermeiras, que ao executarem a programação de formação de agentes pastorais de saúde, valorizam a cultura popular no tratamento de doenças com plantas medicinais da região, treinando populares para o preparo de diversos produtos fitoterápicos caseiros. Alguns participantes do Grupo de Estudo de Ervas Medicinais haviam participado desses treinamentos e sugeriram que se convidassem as enfermeiras da Pastoral da Saúde para assessorar o grupo na aquisição de técnicas populares de manipulação fitoterápica.

Destaco ainda uma revisão bibliográfica que historia, sucintamente, o desenvolvimento da enfermagem comunitária, seu perfil e alguns pressupostos filosóficos que norteiam a ação dos profissionais da área.

Descrevo também o papel profissional do enfermeiro docente, atuando como mediador de um processo organizativo de ações de educação popular e saúde comunitária. É a descrição de nossa participação na ação dos grupos já constituídos na comunidade, bem como a gênese dos novos grupos, todos referentes às questões que afetam a saúde da população e a partir do tema gerador inicial que deu origem ao projeto **"PARA ALÉM DO BORRACHUDO: UMA COISA PUXA OUTRA"** (Gonzaga, Eidemann e Wosny, 1993).²⁰ As atividades desse projeto foram desenvolvidas durante o ano letivo de 1993; e, no ano de 1994 integraram-se à outras atividades de ensino pesquisa e extensão da UFSC no bairro, transformando-se em projeto de extensão que contribuiu na organização e construção do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular e Saúde (NEPEPS) do NFR da UFSC. Este projeto inicia a concretização da proposta de integração entre uma instituição formadora de recursos humanos, a comunidade e o serviço de saúde no bairro Saco Grande II. . Visa principalmente estabelecer um canal contínuo de relação universidade e comunidade. Também possibilita a aproximação maior da Universidade à realidade do serviço de saúde local, além de contribuir para a formação de recursos humanos em saúde no espaço comunitário. Contribui ainda, como um espaço importante, para o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde comunitária. Tal proposta deverá fornecer elementos importantes para subsidiar alterações curriculares mais dinâmicas e agilizar a formação de recursos humanos de acordo com as reais necessidades de

²⁰ Este projeto foi elaborado em conjunto com mais dois colegas mestrandos, numa experiência inédita do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC. A experiência favoreceu a criação de mais uma opção para desenvolvimento de trabalhos de campo da Disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem, de forma coletiva e com um referencial teórico educacional.

saúde da população.²¹

²¹ O NEPEPS é integrado por projetos de ensino, pesquisa e extensão, coordenados por professores dos departamentos de Enfermagem e Saúde Pública da UFSC, com apoio de bolsistas de diversos cursos de graduação. É aberto à participação de outros departamentos que desejem integrar-se às propostas do núcleo, numa possibilidade de

2 - A MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA DE PAULO FREIRE

Procuramos desenvolver nossa prática num referencial metodológico que facilitasse pedagogicamente o processo de relação educativa com a comunidade e, ao mesmo tempo, viabilizasse a possibilidade de ganhos de consciência política e organização própria à população. Para tanto, concluímos que o itinerário educacional proposto por Paulo Freire poderia nortear e facilitar o desenvolvimento das nossas atividades em educação e saúde com a comunidade.¹

Elegemos aqui a proposta freireana, por tratar-se de uma metodologia motivadora em que as conquistas das necessidades populares são resultados de transformações radicais no plano individual e coletivo e o homem passa a ter uma concepção mais crítica de si e de sua situação no mundo. A metodologia de Freire, não é apenas um itinerário de pesquisa, um roteiro instrucional que se aplica num determinado projeto. É sobretudo, uma forma de evidenciar os conflitos, pois considera que o processo educativo é acima de tudo um processo de politização.

Paulo Freire pode ser considerado como o primeiro *extensionista* brasileiro que ousou estabelecer um processo de comunicação entre universidade e sociedade de forma revolucionária. O *Serviço de Extensão Cultural (SEC)* da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foi criado em 8 de fevereiro de 1962. Esta data marcou a maior oportunidade de desalienação da universidade brasileira através de uma práxis extensionista. O SEC criava um espaço de democratização da universidade, minimizando sua grande contradição, onde apenas 1% da população que chega à universidade é sustentada pela maioria alijada do processo educativo oficial. Isso foi possível indo para além do *Método Paulo Freire*, com a implementação da proposta freireana enquanto *Sistema de Educação*:

¹ As considerações sobre o itinerário de Paulo Freire, aqui apresentadas, constam de sub ítem 6.1 do ROTEIRO do projeto de Dissertação de Mestrado, intitulado : "O DIRETOR DE CENA: uma tentativa de busca aos pressupostos teóricos do pensamento de Paulo Freire. Ver GONZAGA, A.A., HEIDEMANN, I. T.S., WOSNY A.M. Proposta de educação popular em saúde: "para além do borrachudo: uma coisa puxa a outra". Projeto integrado de prática assistencial e dissertação de mestrado. UFSC, 1993.

"Quando operamos o Sistema Paulo Freire de Educação, estamos lidando com a categoria social de COMUNICAÇÃO. (...) A categoria fundamental dentro de que está mergulhado o Sistema Paulo Freire de Educação é a categoria sociológica e antropológica de COMUNICAÇÃO." (Maciel, J. 1983, p. 132).

É nesta perspectiva que visualizamos a possibilidade de desenvolver, em saúde, uma prática educativa baseada no referencial pedagógico de Paulo Freire, por considerarmos que saúde e educação se articulam enquanto práticas sociais. Nossa proposta é encaminhada no sentido de estabelecer um processo de comunicação em saúde com a população do bairro e serviço local de saúde, mediado pela universidade *extendida* à comunidade.

* Acreditamos que a proposta de educação dialógica e problematizadora do referencial de Paulo Freire, pode proporcionar um partilhamento do conhecimento vivenciado entre os diversos atores do processo educativo em saúde, através de uma linguagem facilitadora da compreensão de sua realidade.

Educação problematizadora porque, a nível da consciência dos sujeitos, implica sempre num ato de desvelamento da realidade, tendo como elemento crítico o diálogo, na medida que os resgata de sua própria história enquanto autores e atores sociais.

Nossa postura, enquanto intelectuais que operam em grupos comunitários, pode ser norteadada pela pedagogia freireana que estabelece um rompimento do vínculo autoritário educador/educando, determinando entre eles uma relação igualitária, sem esquecer suas diferenças. Freire entende o processo educativo como a alavanca das mudanças sociais. Seu método é uma proposta de ação dialogal crítica e criticizadora, por isso politizante e libertadora:

" a educação como prática da liberdade não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos; não é o ato de

depositar informes ou fatos nos educandos; não é a "perpetuação dos valores de uma cultura dada"; não é o esforço de adaptação do educando ao seu meio". Para nós, a educação como prática de liberdade é, sobretudo e antes de tudo, uma situação verdadeiramente gnosiológica. (...) Educador-educando e, no processo educativo libertador, são ambos sujeitos cognoscentes diante de objetos cognoscíveis, que se mediatizam". (Freire, 1983, p.78).

seção da filosofia que estabelece os limites da faculdade humana de conhecimento e os critérios que condicionam a validade de nossos conhecimentos.

Como educador, Freire não delimita o processo educativo ao ato de "inculcar" no educando o conhecimento sistemático do educador. Ato que ele concebe como "educação bancária", da qual o educando é objeto passivo, receptáculo vazio, carente de saber. O educador, nesta concepção, é o sujeito que domina o saber. É ele que pensa a educação. É o dono da palavra ou o transmissor do conhecimento pré-elaborado. É o doador que, consciente ou não, deposita nos educandos uma visão distorcida de homem e mundo. Contrapondo à concepção "bancária", é proposta uma educação "problematizadora". Nesta concepção o saber do educador imiscui-se ao conhecimento do educando, através de uma ação dialógica, interagem-se num processo educacional, culminando com uma visão de mundo menos alienada.

As obras de Paulo Freire têm como pano de fundo o processo pedagógico libertador. Pedagógico porque estabelece a educação como o processo possível ao partilhamento do conhecimento vivenciado com o mundo e do mundo entre os homens, não só pela troca objetivada de conhecer o cognoscível, mas também pela transcendência que este conhecer permite. Libertador porque o conhecer o cognoscível implica também em consciência crítica deste. Na medida em que os homens criticizam, libertam-se na transformação e construção de si mesmos e do mundo.

A não partilha do conhecimento do mundo condiciona diferenças e contradições entre os homens, na medida em que uns interpretam e reproduzem o "seu mundo" em detrimento e negação do "mundo do outro", em suma, nega-se o diálogo enquanto momento de partilha e comunhão do mundo:

"o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado" (Freire, 1991: p. 79)

Enquanto ato de criação, o diálogo é também instrumento de conquista do mundo para a libertação dos homens. O diálogo não só é palavra dita mas palavra ação, à medida que sua essência é a própria expressão da "práxis" transformadora dos homens e com eles o mundo:

o que habitualmente se pratica, uso, prática, pragmática, rotina, hábitos...

"Na concepção de Paulo Freire, o diálogo é uma relação horizontal. Nutre-se de amor, humildade, esperança, fé e confiança. (...) É preciso ter a coragem de nos experimentarmos democraticamente (...) as virtudes não vêm do céu (...) nem se transmitem intelectualmente, porque as virtudes são encaradas na práxis ou não". (Gadotti, 1991, p. 66/67).

Nesta sociedade de diferenças, Freire evidencia então os que oprimem e os que são oprimidos. Aos últimos propõe sua pedagogia, como itinerário em busca da consciência de classe oprimida que "hospeda" em si a consciência do opressor. Essa dualidade na consciência do oprimido assim se manifesta:

"...de um lado essa hospedagem da consciência do dominador (seus valores, sua ideologia, seus interesses), enfim o medo da liberdade; de outro, o desejo e a necessidade de libertar-se. Trava-se no oprimido uma luta interna" (Freire, 1981, p.28).

Freire, aí se propõe intervir, através da consciência articulada com a "práxis", em busca da transformação desta realidade mediante a "educação problematizadora". Com relação à "práxis", embora não a explicita formalmente, em Freire ela é entendida como uma unidade que integra, dinâmica e dialeticamente, a prática social, sua análise e compreensão teórica como elementos orientadores da luta pela transformação, isto é,

como ação-reflexão-ação. Conscientização não é reduzida à "tomada de consciência", mas como consciência da ação sobre a realidade, pois esta realiza-se na prática e não na teoria:

*que se pode
conduzir*

↖ **"A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. (...) A conscientização não pode existir fora da "práxis", ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens". (Freire, 1980, p.26).**

Para Freire, não é possível realizar uma reflexão sobre o que é educação sem refletir sobre o próprio homem. O núcleo fundamental que sustenta o processo educativo é o inacabamento do homem. Este é considerado como um ser que reflete sobre si mesmo e se coloca num determinado momento "em" e "com" uma realidade, que sendo histórica também é igualmente inacabada. O homem é um ser de relações com a natureza e o mundo, criador e re-criador, que através do trabalho transforma a realidade. O homem pode ser visto como uma unidade dialética que se recria através da história:

"Criando e recriando, integrando-se nas condições de seu contexto, respondendo aos desafios, auto-objetivando-se, discernindo, o homem vai lançando no domínio que lhe é exclusivo, o da história e da cultura". (Freire, 1991, p.63)

Ao colocar o homem como criador que, através do trabalho, transforma a realidade, Paulo Freire nos remete a outro conceito importante e indispensável na implementação de sua pedagogia: **cultura**:

"Cultura é tudo o que é re-criado e criado pelo homem. Consiste em re-criar e não repetir... ...é o processo de transformação do mundo pelo trabalho... ...se consubstanciando na criação de um outro mundo; o mundo da cultura que se alonga no mundo da história" (Freire, 1981, p. 15).

O método Paulo Freire parte sempre das fontes culturais e históricas dos indivíduos. O profissional deve sempre ser um inventor e re-inventor constante, em que educandos e educadores são mediatizados pelo objeto a ser desvelado. Devem ter uma atitude crítica em torno do objeto e não um discurso do profissional sobre o objeto. Nesta relação educando/educador ambos são curiosos acerca da análise do tema problematizado, sem transferência de conhecimento do educador ao educando. O que se estabelece é uma parceria de pessoas em relação dialógica num itinerário que questiona a natureza do conteúdo temático de forma que, além da apreensão, ocorre a possibilidade de produção conjunta de conhecimento. Há variações nas etapas de utilização do itinerário. Em nosso caso, trabalhamos em três etapas propostas : investigação, tematização e problematização.

Na etapa de investigação realiza-se uma pesquisa prévia para investigação do universo de temas vividos pela comunidade. Constitue a investigação de um número de temas de significativa importância comunitária, transformando-se no ponto de partida para a conquista dos anseios da coletividade que podem ser considerados como "temas geradores", relacionados com o dia-a-dia dos indivíduos e do grupo social a que eles pertencem:

"Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade que está em sua práxis. Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade. (...) Captar estes temas é compreendê-los, e compreender, portanto, os homens que

os encarnam e a realidade à qual se referem. (...) A procura temática converte-se assim numa luta comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural de tipo libertador." (Freire, 1980, p.32/33).

O tema gerador é investigado a partir de assuntos de significado social para a comunidade. Estes ficam evidenciados em encontros com os moradores locais, apreendidos de suas preocupações cotidianas e de seu contexto cultural. A determinação do tema gerador é de fundamental importância, pois é a partir dele que desencadear-se-á o processo educativo e transformador da realidade, a qual deverá ser entendida na amplitude tal que permita uma visão histórica e estrutural da sociedade.

Na concepção de Paulo Freire, educação e investigação temática são momentos de um mesmo processo e a tarefa do educador é trabalhar os temas com uma equipe interdisciplinar e devolvê-los problematizados ao grupo que os identificou.

2^o A segunda etapa do sistema é a "**tematização**". Os temas identificados são codificados e decodificados. A codificação é a fase de tomada de consciência dos indivíduos, quando são então contextualizados e substituídos em sua primeira visão ingênua, por uma visão crítica e social do assunto. Descobrem-se novos temas geradores, relacionados aos iniciais. Na codificação os sujeitos participantes do grupo intencionam a situação existencial e buscam, pelo diálogo, a compreensão significativa do tema. Ocorre a codificação pedagógica quando o significado é amplo e expressa informações. Nesta etapa, o papel do educador é criar, com os participantes educandos, um desafio para que penetrem no significado temático, diante do qual se acham e admirem com outros olhos. A codificação, portanto, representa uma situação existencial em que os participantes do grupo constroem o desenho de sua situação existencial real ou abstrata:

"A codificação representa uma dimensão dada da realidade tal como a vivem os indivíduos, e esta dimensão é proposta à

sua análise num contexto diferente daquele no qual eles vivem". (Ibidem, p. 32).

A descodificação é a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida: reflexo, reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem. É um momento em que os indivíduos passam a transformar a realidade e sua consciência de mundo.

3 O diálogo em torno de situações concretas, reais, existenciais, é o instrumento principal da fase de "**problematização**", fazendo com que os sujeitos retornem criticamente à sua ação, refletindo sobre a mesma. Neste processo ocorre o desenvolvimento e desmitificação da realidade, negando o homem como ausente do mundo e sim como consciência e mundo se dando ao mesmo tempo. Constitue uma forma crítica de pensar o mundo, de captar a realidade na sua totalidade. Na medida que isto acontece, os sujeitos do processo discutem sobre a temática e, quando esta é apreendida, novos temas são gerados pela percepção da realidade. Nesta etapa é realizada a análise das situações vividas, a temática identificada é problematizada e decomposta em subtemas que poderão ser trabalhados sucessivamente pelo grupo. É nesta fase que fica evidenciada a necessidade das ações concretas a nível cultural, político e social. O objetivo final é a transformação, a conscientização, o ato educativo libertador que favoreça o indivíduo para a organização coletiva na construção e posse de uma realidade onde é sujeito por natureza.

A mediação pedagógica de Freire, numa proposta educativa em saúde comunitária, é um desafio para o profissional de enfermagem enquanto trabalhador de saúde. É um desafio maior para o enfermeiro, formar recursos humanos para uma nova realidade sanitária nacional, enquanto parte de uma Universidade, onde a concepção educativa, caracteristicamente bancária, ainda é visivelmente predominante. Entretanto, nossa proposta transcende o nível de formação específica e busca, na ação multidisciplinar, encontrar caminhos que contribuam na transformação do processo de relação Universidade/Sociedade. Isso pode ser possível, pois somos partícipes de uma

proposta de transformação social em que a metodologia transforma também os educadores e por extensão recria a instituição educacional. É nesta perspectiva que visualizamos uma Universidade que procura inovar na *extensão*, que supera o assistencialismo e busca *encontrar-se* com os movimentos sociais e grupos populares.

3 - A UNIVERSIDADE NA COMUNIDADE

A maioria de minhas atividades profissionais, esteve até o momento voltada à extensão universitária, executando ou administrando projetos de saúde com comunidades. Entretanto, a militância ativa e constante na área não permitiu espaços de maior reflexão sobre os caminhos da extensão por mim trilhados. Por isso considero importante a descrição de alguns momentos históricos da relação Universidade/Sociedade, especialmente na área de enfermagem, tendo como protagonista principal o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A relação da Universidade¹ com a Sociedade é uma preocupação que acompanha esta instituição desde suas origens, tanto interna quanto externamente. A complexidade dessa interação varia de acordo com a diversidade de concepções, tradições e contextos socio-econômicos e políticos em que a Universidade está inserida, bem como também em função das necessidades da Sociedade que a concebeu.

O contexto histórico do desenvolvimento das Universidades apresenta sua origem ligada aos institutos de pesquisa e ensino filosóficos do período greco-romano. Deve sua conformação específica como Universidade ao mundo religioso medieval islâmico no Oriente e cristão no Ocidente.

Uma das mudanças historicamente significativas da estrutura da universidade ocorreu com a fundação da escola de medicina de Salerno, na Itália do século XI, que se caracterizou pela adoção do ensino superior não religioso e que mais tarde estendeu-se para o campo do direito na escola de Bolonha.

O termo "*universitas*" foi aplicado inicialmente às sociedades corporativas teológico-filosóficas européias, o qual provavelmente a partir do século XIV, foi

¹ O termo *Universidade* apresentado neste capítulo é abrangente às diversas concepções da instituição no decorrer da sua história, sejam elas de caráter público ou privado. Entretanto, o enfoque principal das discussões é direcionado à Universidade pública, por acreditarmos que este é o espaço de maior possibilidade de encaminhamento de mudanças estruturais da instituição.

adotado exclusivamente como uma sociedade de professores e alunos, reconhecida por autoridade eclesial ou civil. A Universidade caracterizava-se por seu caráter conservador com predominância nas polêmicas teológicas, voltada para o saber desinteressado com um fim em si mesmo. Concebida inicialmente para consolidar a aristocracia, tinha por finalidade a produção e transmissão do saber humano, sofre mutações no tempo e se adequa às condições impostas pela realidade (Wanderlei, 1988).

Henri Janne, ao apresentar algumas concepções da universidade através do tempo relaciona-a na história contemporânea com a revolução industrial, a qual consolida o modo de produção capitalista e exige mudanças na universidade, adequando-a às necessidades do desenvolvimento econômico de acordo com as sociedades em que estavam inseridas:

"A Universidade tradicional, na sua função de transmissão do saber, devia necessariamente mudar, já que o saber mudava, por si mesmo, de sentido e conteúdo, e que o papel dos homens portadores dos conhecimentos superiores se tornava outro numa sociedade industrializada (...) cultura nova, elites novas (...) modos de produção novos, atitudes e conhecimentos novos. (Janne, 1981 p. 28).

Da Europa, o sistema universitário expandiu-se para a América, estabelecendo-se no continente colonizado de acordo com as concepções dos colonizadores. As primeiras Universidades americanas foram oriundas da Espanha e implantadas inicialmente no Peru (1551), México (1553) e Argentina (1613). Enquanto a América espanhola, logo após sua independência, já contava com cerca de 19 (dezenove) universidades que haviam graduado cerca de 150 mil estudantes, no Brasil não havia nenhuma universidade enquanto colônia de Portugal. A universidade brasileira só foi instalada oficialmente séculos depois de suas conterrâneas sul americanas. É uma instituição social recente e tem suas raízes históricas ligadas aos interesses da

sociedade colonial, onde os advogados defendiam os direitos dos senhores de terra e os médicos cuidavam da saúde dos membros da classe rica. Esta foi a origem essencial da nossa universidade (Wanderley, 1988).

Com a instalação da sede do poder colonizador no território colonizado em 1808, foram fundadas as primeiras escolas superiores no Brasil: as de Direito, em São Paulo e Olinda; as de Medicina, na Bahia e Rio de Janeiro e a Escola Politécnica nesta última cidade. Entretanto a primeira Universidade consolida-se somente no início deste século com a Universidade do Rio de Janeiro, criada em 1920 (Silveira, 1987).

As primeiras tentativas da Universidade para romper com seu encastelamento cultural e abrir seus muros para a comunidade, ocorreram por influência das Universidades Populares da Europa no século XIX. Este movimento se estendeu para a América Latina no início do século XX, a partir do Primeiro Congresso Internacional de Estudantes Americanos (Montevideu, 1908) o qual é considerado como articulador do Manifesto de Córdoba (1918). Neste congresso se estabeleceram as primeiras exigências de programas de extensão dos recursos da universidade para atendimento das necessidades da sociedade como um todo, inspirados nos programas de extensão da universidade espanhola de Oviedo, que desde 1898 desenvolvia programas de educação popular para trabalhadores (Super, J.C., 1993).

No documento de Córdoba, a extensão universitária é vista como forma de fortalecimento da Universidade, vinculando-a com a população e problemas nacionais, conscientizando e politizando os quadros estudantis e contribuindo para a definição de um perfil para a Universidade latino-americana (Gurgel, 1986, p. 36).

No Brasil, a primeira experiência de atividades de extensão à comunidade por uma instituição de ensino superior, está relacionada à Universidade Livre de São Paulo, surgida em 1912, por influência do médico Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães e funcionou até o ano de 1917. Esta Universidade era caracterizada pelos *cursos de extensão*, que até hoje representam a forma mais tradicional de atividades extensionistas das instituições de ensino brasileiras. Outra instituição de ensino

superior que é referência importante para o extensionismo universitário brasileiro é a Escola de Agricultura e Veterinária de Viçosa, criada em 1920, a qual desenvolveu atividades de extensão rural, levando assistência técnica aos agricultores. Foi a primeira experiência nacional de extensão sistematizada de acordo com o modelo norte-americano e prestava serviços ao meio rural no Brasil. O modelo extensionista norte-americano era baseado no treinamento técnico dos *Land Grant Colleges*² o qual consubstanciava-se em duas formas distintas: a extensão cooperativista e a extensão universitária. A primeira, uma organização formal oficial e envolvia o Estado através das suas universidades numa ação conjunta com agricultores e suas famílias, atendendo às necessidades de educação em diversas áreas, desde produtividade agrícola até desenvolvimento de comunidade. A segunda, uma experiência *extramuros* de um grupo de professores das universidades de Oxford e Cambridge, os quais desenvolveram atividades de educação de adultos que englobavam atividades diversificadas, desde as efetuadas em função do desenvolvimento de comunidades locais até a criação de *campi avançados*, num processo de regionalização da extensão universitária (Gurgel, 1986).

O papel da Universidade na sociedade atual constitui objeto importante de discussões em diversos segmentos sociais. Suas funções básicas e finalidades são constantemente avaliadas na tentativa acompanhar as demandas da sociedade. Tradicionalmente, o ensino desenvolve-se em torno do *conhecido* e a pesquisa na busca de novos conhecimentos e com o tempo as Universidades foram articulando o ensino com a pesquisa, resultando no avanço do conhecimento científico universal. Além de produzir conhecimento, a Universidade tem a finalidade importante de formar recursos humanos para atender a demanda dos diversos segmentos da sociedade produtiva. Outra finalidade estabelecida à Universidade é a de extensão do

² Os *Land Grant Colleges* eram instituições de ensino superior americanas, instaladas em grandes extensões de terra e que desenvolveram a tecnologia agrícola americana, atuando em programas de assistência técnica e organização cooperativa aos agricultores. Pode-se afirmar que a partir destas instituições foi concebido o modelo de Universidade interagindo com a comunidade.

conhecimento à comunidade.³ A extensão foi o caminho aberto para a universidade aproximar-se da comunidade, democratizando o saber institucionalizado, buscando identificar-se com a realidade e redefinir seu compromisso com a sociedade como um todo.

No Brasil a extensão universitária pode ser considerada em dois momentos políticos distintos: antes de 1964, quando a maioria das universidades encontravam-se distantes das necessidades de desenvolvimento do país e uma minoria da população tinha acesso ao ensino superior, e, no período pós-1964, onde somente após a reforma universitária de 1968 estabelece-se maior destaque às atividades de extensão.

O início da década de sessenta ficou marcado historicamente, por alguns segmentos da Universidade brasileira, os quais avançaram na concepção de uma universidade de qualidade, questionando sua visão pedagógica tradicional e sua relação com a sociedade. É neste contexto que são colocadas em prática propostas de novos projetos para a sociedade brasileira.

As experiências de extensão que se destacaram na época estão representadas principalmente pelo Movimento de Cultura Popular (MCP) do Serviço de Extensão Cultural (SEC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); o Centro Popular de Cultura, ligado à União Nacional dos Estudantes - UNE e Instituto Superior de Estudos Brasileiros - ISEB⁴; a Universidade Volante da Universidade Federal do Paraná e o Movimento de Educação de Base - MEB⁵, projeto de educação popular de iniciativa da igreja católica nordestina, nos quais estão presentes, por interesse próprio ou institucional, alunos e professores universitários da região (Gurgel, 1986 e Wanderley, 1988).

³ Por comunidade, entenda-se além do seu sentido restrito de bairro, cidade ou região onde a Universidade está inserida. Entenda-se como espaço mais amplo da sociedade nacional onde a comunidade é unida por interesses comuns e luta por eles. Enquanto o bairro é o espaço geográfico, a comunidade é o espaço ideológico e contra-ideológico da população.

⁴ Sobre o ISEB, ver PAIVA, Vanilda Pereira. **Paulo Freire e o nacional desenvolvimentismo**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980 e MARANHÃO, Ricardo. **O governo Juscelino Kubitschek**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

⁵ A origem, estrutura e aspectos da dinâmica interna do MEB são descritos em WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **Educar para transformar: educação popular, Igreja Católica e política no Movimento de Educação de Base**, Petrópolis: Vozes, 1984.

É neste período que a proposta pedagógica e política de Paulo Freire é *extendida* à comunidade, através do SEC, e o MCP tinha como diretriz suprema incorporar a universidade ao esforço de libertação, empreendido pelo movimento popular:

"...o movimento de cultura popular desempenha papel de poderoso auxiliar na solução dos problemas culturais com que se defrontam as massas em luta por obter o atendimento de suas aspirações culturais e extraculturais." (Favero, 1983, p.92).

No período pós-1964, o ano de 1968 caracteriza-se pelo período de maior radicalização entre a sociedade civil e o governo, com afloramento das contradições, especialmente no meio estudantil universitário. Estas pressões apressam as medidas que levam à Reforma Universitária, onde a extensão universitária é distinguida consideravelmente na lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968, e a relação educação/sociedade é descrita no artigo 20, destacando que:

"as universidades e as instituições de ensino superior estenderão à comunidade, sob forma de cursos e serviços especiais, as atividades de ensino e os resultados da pesquisa que lhe são inerentes." (Gurgel, 1986, p. 84).

No artigo 40 da mesma lei visualiza-se a extensão como serviço assistencial prestado a comunidade por estudantes:

"as instituições de ensino superior, por meio de suas atividades de extensão, proporcionarão aos seus corpos discentes oportunidades de participação em programas de melhoria das condições de vida das comunidades e no processo de desenvolvimento." (Ibidem).

A partir da Reforma Universitária de 1968, desenvolveram-se no país muitas propostas de extensão universitária, como instrumentos de aproximação da Universidade com a Sociedade. Destas propostas destaca-se o grupo de trabalho denominado Projeto Rondon, criado pelo decreto n. 62.927 de 28 de junho de 1968. Transforma-se em Fundação Projeto Rondon em 1975 e promove a maior mobilização estudantil da América Latina, à partir da iniciativa governamental interministerial que culminou com a instalação de 22 *campi* universitários avançados, nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país.⁶

As propostas de extensão, até aqui apresentadas, são visualizadas em diversos momentos históricos da vida nacional e a Universidade é envolvida em inúmeras *aventuras e desventuras* extensionistas, muitas de sua própria iniciativa, outras impostas à ela de acordo com interesses muitas vezes contrários aos seus princípios fundamentais. Entretanto, é importante salientar que a extensão universitária é uma questão relativamente recente como proposta para nossas universidades e não tem ainda bem consolidado um consenso conceitual, com definição de seus pressupostos básicos.

3.1 - Extensão Universitária: repensando a questão conceitual.

Ouso insistir na questão da extensão universitária, por acreditar que esta é uma das formas mais importantes da Universidade não ficar à margem dos movimentos sociais. A extensão vai além da Universidade na comunidade, em forma de serviço, ou ensino e pesquisa estendida. Acredito na possibilidade da *nova sala de aula*, onde a produção do saber poderá ocorrer interdisciplinarmente e de conformidade com os interesses de todos os seus construtores. Esta perspectiva da extensão pode

⁶ Um estudo detalhado sobre as concepções que nortearam o grupo de trabalho que propôs a criação do Projeto Rondon, *Campi Avançados* e CRUTAC é apresentado por GURGEL, Roberto Mauro. **Extensão Universitária: comunicação ou domesticação?** São Paulo: Cortez: Autores Associados: Universidade Federal do Ceará, 1986. A relação universidade-sociedade na ótica do *Projeto Rondon* e apresentada por SILVEIRA, Nadia Dumara Ruiz **Universidade Brasileira: a intenção da extensão.** São Paulo: Loyola, 1987.

encaminhar-se no sentido de seu ocaso enquanto forma atual, autofagindo-se, dando espaço para a constituição do ensino e da pesquisa predominantemente extra campus, com participação mais efetiva da sociedade, estabelecendo-se um novo modelo de relação Universidade/Sociedade.⁷

Uma nova forma de fazer extensão poderá ser instrumentalizada pelos núcleos permanentes de extensão, os quais promoverão a Universidade aos setores marginalizados do conhecimento, favorecendo aos professores e alunos a descoberta de uma realidade social desconhecida.

Penso uma Universidade que se aventure numa extensão comprometida com transformações sociais radicais. Repenso uma extensão voltada para a aventura de um país mais feliz. Um país que empenha esforços em direção à redução drástica das desigualdades sociais. Um país com um desenvolvimento preocupado ecologicamente, onde os profissionais possam desempenhar seu papel fundamental de respeito ao meio ambiente e ao ser humano, especialmente na área de saúde, contribuindo para a superação de seus agravos.

A idéia de que a Universidade é uma instituição comprometida socialmente e que sua função vai além da formação de uma elite culta, é bastante recente e consolidou-se somente no século atual. O conceito de extensão como dimensão essencial para o ensino e pesquisa, tem origem durante os anos 30, por influência do modelo extensionista rural americano. Este modelo ganhou amplo espaço no Brasil pós-64, com a vinda do técnico norte-americano Rudolph Atcon⁸, responsável pela criação do Conselho de Reitores das Universidades Brasileira (CRUB) (Gurgel, 1986).

⁷ A absorção da extensão universitária, por formas de ensino e pesquisa extra campus, é defendida por alguns pensadores da Universidade atual, tais como os professores Volnei Garrafa e Cristovam Buarque da Universidade Federal de Brasília e professor Ricardo L. Hoffmann da UFSC. Ver BUARQUE, Cristovam. *A aventura da universidade*. São Paulo: Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994; GARRAFA, Volnei. *Interdisciplinaridade*. In: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SUL, 4. 1989, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989. 333p. p.17-31; HOFFMANN, Ricardo L. *Alienação da universidade: crise dos anos 80*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1989.

⁸ A respeito das atividades e personalidade de Atcon é interessante conhecer a opinião de RIBEIRO, Darcy. *A universidade necessária*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

Na estruturação da Universidade brasileira, Atcon colocava a extensão numa função de destaque, permeando todos os níveis da instituição que deveria ter suas funções de ensino, pesquisa interligadas, com responsabilidade, cabendo-lhe o papel de integradora da Universidade com a comunidade. Pode-se afirmar que as concepções extensionistas de Atcon nortearam a maioria das atividades de extensão desenvolvidas pelas universidades durante a vigência do governo militar e fundamentaram a presente estrutura organizacional e administrativa da extensão universitária brasileira.

A definição expressa a ausência da dimensão política na vida universitária, encaminhando-nos à compreensão da alienação e pobreza política a qual foi submetida a Universidade da época. Este fato nos leva a justificar parte do descompromisso da política universitária atual, com relação às questões sociais da maioria da população do país.

Os princípios que permearam a extensão universitária brasileira durante muito tempo foram os adotados na época de Atcon: uma proposta com resquícios colonialistas, onde a preocupação com as comunidades menos favorecidas, era fundada na idéia de que a população em geral é ignorante, desorganizada e indolente, a qual deve ser assistida pelo Estado. Paulo Freire já avaliava essa postura da Universidade ao discutir a concepção de extensão (quando avalia a extensão rural) atentando para sua relação de dominação em algumas de suas dimensões:

"o conhecimento não se estende daquele que se julga sabedor até aqueles que se julgam não saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem/mundo de transformação e se aperfeiçoa na problemática crítica destas relações (...) na medida que o termo extensão está implícita a ação de levar, de transferir, de entregar, de depositar algo em alguém, ressalta nele uma conotação indiscutivelmente mecanicista." (Freire, 1975, p.22 e 26).

Silveira ao analisar a *intensão da extensão* universitária brasileira, nos documentos produzidos pelo Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras,

reforça que as idéias contidas nesses documentos reforçam o comprometimento da extensão com o "*status quo*" da época, assim destacada:

"A extensão é a projeção da universidade no meio, com oferecimento de conhecimentos teóricos e práticos para consumo das comunidades sob forma de treinamentos supervisionado e simultânea prestação de serviços. A Extensão universitária é uma forma de convivência didática, de ensinar o formalismo acadêmico, de pesquisar a realidade social, de aprender através das experiências de cada um, de todos, o que ficou sedimentado no processo civilizatório."
(CRUB, 23. Reunião Plenária, s/d. Apud Silveira, 1987, p.45).

Atualmente, a política universitária reconhece a extensão, como elemento básico da estrutura da universidade e, indubitavelmente, nela sustentam seus princípios básicos, juntamente com o ensino e a pesquisa. Entretanto, mesmo como princípio básico é ainda secundarizado e diverge em conceitos múltiplos dentro da instituição que nele se fundamenta. Apesar disso, a extensão é o caminho disponível de significativa importância na relação Universidade com a Comunidade e vice-versa. Um consenso conceitual é praticamente impossível, entretanto é necessário assegurar princípios que possibilitem uma universidade aberta, autônoma e democrática, que estabeleça trajetos de *mão dupla* com a comunidade concebida como um novo espaço ao processo educativo universitário.

Para Saviani é necessário atentar para a própria palavra *extensão* que pode significar estender, demonstrando seu caráter assistencialista:

"a idéia que está por detrás é basicamente a seguinte: aqueles que tem estendem para àqueles que não têm. Esta idéia assistencialista traz, pois, uma direção unilateral, quer dizer, é uma espécie de rua de mão única: só vai da universidade para a sociedade... é necessário que se considere a mão inversa também. Com efeito, é a sociedade que vai

colocar os problemas; e é o contato com os problemas efetivos da sociedade que vai permitir à univesidade transformar os objetos de suas pesquisas em algo relevante para a sociedade e adequar o ensino às necessidades da sociedade." (Saviani, 1984, p.55).

Por outro lado a Universidade deve assumir seu papel de socializadora do conhecimento e propor disseminá-lo competentemente, não impondo à sociedade conceituações elaboradas distantes de sua realidade. Para que isso seja viável é importante, primeiramente, tomar ciência das percepções sociais, relativas à Universidade. Pouco foi permitido à população *dizer* o seu pensamento sobre e o que espera da Universidade, enquanto instituição a seu serviço. É facilmente visualizado uma expressiva quantidade de publicações sobre o pensamento da Universidade em relação à sociedade. Entretanto, não se pode afirmar o contrário.

A medida em que foi permitida à população manifestar seu pensamento sobre o que espera dos serviços públicos, a Universidade aparece como uma instituição com capacidade de contribuir significativamente para a diminuição do espaço que separa as diversas camadas sociais do país. Esta mesma população identifica que, predominantemente, o compromisso atual da universidade ainda é com os grupos poderosos, detentores do poder e dos meios de produção, constituindo-se numa estrutura alheia aos interesses da maioria da população. Mesmo assim há crédito na possibilidade de reestruturação da instituição, resgatando seu papel social, a partir de ações de real interesse da comunidade. Para que isso seja concretizado, é necessário que se estabeleçam canais adequados para a expressão popular e se garanta, concretamente, a implementação dos seus requerimentos de forma que produzam as mudanças desejadas:

."A atividade de extensão é o caminho básico para a universidade descobrir o mundo e para o mundo descobrir a universidade. (Buarque, 1994, p. 137).

Considerando a importância da expressão das representações sociais referentes ao papel da Universidade, em relação à conjuntura sanitária nacional, levanto aqui algumas expectativas da sociedade, especialmente relacionado à formação de recursos humanos para a área da saúde. Isso foi possível, levantando as manifestações dos diversos segmentos sociais que participaram das últimas Conferências Nacionais de Saúde. Nesses eventos, a Universidade foi elencada como instituição capaz de contribuir significativamente na transformação da qualidade da vida da população brasileira, desde que se encaminhe no sentido de resgatar o seu compromisso social e atenda às necessidades de formação de recursos humanos para a área de saúde de acordo com os requerimentos da realidade social brasileira.

Numa análise, a partir dos anais das Conferências Nacionais de Saúde - CNS, nos quais as instituições formadoras de recursos humanos foram referidas, a Universidade aparece como um instrumento importante de transformação social a partir de sua interação com a comunidade. O Ministério da Saúde, na obra "A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE" (1941- 1992) em Cadernos RH Saúde (1993), publica os anais das Conferências Nacionais de Saúde, da terceira à nona. Os relatórios das duas primeiras conferências não foram até hoje publicados e os anais da III CNS (1963) destacam somente a importância e a responsabilidade das Escolas de Saúde Pública na formação de pessoal para o setor.

O papel da Universidade tem destaque maior a partir da IV CNS (1967), na qual a instituição é chamada a contribuir com o desenvolvimento comunitário. No tópico conclusivo sobre a "**Responsabilidade das Universidades em uma Política Nacional de Saúde**" destaca-se:

"a importância do planejamento universitário na reformulação dos currículos e sua adequação ao mercado de trabalho, a criação de centros de desenvolvimento comunitários, assim como a integração de atividades

assistenciais nos programas de ação governamental em consonância com a realidade econômica do País". (MS, 1993 p.63-64).

O compromisso da universidade era claramente reforçado como aliado ao modelo econômico imposto ao país e a subserviência da Universidade aos interesses da elite dirigente da época. A instituição é visualizada numa perspectiva maior, no sentido de cumplicidade no *amaciamanto* das questões sociais, do que na sua capacidade para contribuir significativamente na solução dos inúmeros problemas da saúde nacional. Instigada a sair de seus muros, a Universidade não teve como contrapor-se ao assistencialismo, proposto à instituição, pelas forças políticas hegemônicas da época:

"O grande perigo do assistencialismo está na violência do seu antidiálogo, que, impondo ao homem mutismo e passividade, não lhe oferece condições especiais para o desenvolvimento ou a "abertura" de sua consciência que, nas democracias autênticas, há de ser cada vez mais crítica." (Freire, 1980, p.57).

Na atualidade, é visualizada uma nova percepção popular, em relação ao papel a ser desempenhado pela Universidade. Os debates realizados durante a II CNRHS, na sua etapa estadual catarinense, por exemplo, nos apresentam um diagnóstico importante das instituições formadoras de recursos humanos para a área da saúde:

"quando tratamos do papel das instituições formadoras de recursos humanos e em particular as de nível de terceiro grau, e analisando o compromisso de seus docentes nas diferentes áreas de conhecimento com o Sistema de Saúde, é preciso que se entenda estas instituições no seu contexto social, político e econômico concreto. De uma forma geral, todo o aparelho formador esteve, nos últimos 30 anos, dominado pelo poder oligárquico que resultou no monopólio do conhecimento predominante voltado aos setores privados

e muito pouco para as reais necessidades da sociedade. Faz-se então necessário que se redefina o papel destas instituições, no comprometimento e retribuição do produto do conhecimento à realidade social em que estão inseridas".
(MS, set.1993).

As propostas são encaminhadas no sentido de promover uma mudança estrutural das Universidades, com destaque para a criação de Estatuintes Universitárias que conduzam à redefinição dos compromissos da instituição, no sentido de voltá-los às necessidades da comunidade. As mudanças curriculares são evidenciadas como de urgente necessidade da instituição universitária, enfatizando a ética como princípio básico, contemplando o saber e o fazer numa perspectiva de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, como princípios pedagógicos.

As deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, nos apresentam uma retrospectiva histórica do que se espera da área de saúde na Universidade pública brasileira, e expõe, explicitamente, o descompromisso da instituição com a sociedade em geral. A V CNS (1975) apresenta a extensão universitária numa perspectiva de que esta forneça subsídios para que as reformas curriculares não se desenvolvam à margem dos fatos sociais:

"A adequação dos currículos às reais necessidades do País e, particularmente, nas suas regiões fisiográficas é da mais alta importância. (...) o Ministério da Educação e Cultura reservou à extensão universitária um importante papel nos próximos anos, pois tem esta missão precípua de transformar o saber acadêmico numa experiência exata das coisas, introduzindo as instituições de ensino no seio da coletividade, e trazendo esta para o campus universitário num processo recíproco de realimentação". (Ibidem, p.72).

Os hospitais de ensino também são destacados numa possibilidade de "articulação com a comunidade":

"O hospital universitário deve estar integrado ao sistema assistencial da comunidade, ocupando, a nível regional ou micro-regional, posição de hospital base, tendo em vista os recursos humanos e materiais que dispõe em geral".

Na verdade, os hospitais universitários e as clínicas odontológicas universitárias representam os principais espaços da área da saúde abertos à participação popular na Universidade. Ainda que seja em forma de prestação de um serviço assistencialista e que atende, em primeiro lugar, as necessidades práticas dos cursos da área, que formam profissionais para o setor privado, é, sem dúvida, uma das formas mais importantes de acesso da comunidade à Universidade. Acredita-se que com a integração dos hospitais-escola ao SUS, este processo de atendimento da população seja facilitado. Entretanto, é necessário que se estabeleçam propostas para uma maior ocupação deste espaço, ultrapassando a assistência individual e encaminhando-se para programas amplos de educação popular e saúde.

Visualisa-se as primeiras preocupações dos participantes da V CNS com a regionalização da assistência à saúde da população, um dos princípios básicos da Reforma Sanitária. Entretanto, a Universidade aparece como instituição de apoio ao desenvolvimento regional, reforçando a ideologia desenvolvimentista predominante na época. É nessa época que se consolidam inúmeros programas de extensão universitária, de carácter assistencial em sua predominância, nos quais a área de saúde destacou-se, com a enfermagem ocupando uma posição de vanguarda em muitos programas, especialmente o CRUTAC, PROJETO RONDON e CAMPI AVANÇADOS.

Graciani, ao analisar o modelo estrutural da Universidade brasileira, detecta os seus indicadores através da observação do contexto da vida universitária, e os dados sugeriram que:

"as instituições universitárias brasileiras de ensino superior aceitaram os pressupostos do Estado autoritário implantado em 1964 e, a partir da operacionalização da Lei 5.540/68, puseram-se a serviço deste, através de práticas cotidianas de caráter aparentemente *neutro*, (...) neste sentido a universidade é o reflexo da sociedade onde está inserida e a centralização do poder, impregnado em todas as entranhas, é fruto de uma política educacional traçada e legitimada pela ordem classista própria do modo de produção capitalista" (Graciani, 1982, p.155).

Vieira Pinto, evidencia o papel conservador e reacionário da universidade da época, com uma pedagogia estabelecida para atender os interesses das autoridades políticas:

"A universidade representa o instrumento mais eficiente para assegurar o comando ideológico da classe dirigente, porque a ela incumbe a produção dos próprios esquemas intelectuais de dominação. ... é uma instituição que por sua essência atual, suas raízes históricas e seus fins confessos, está a serviço de um sistema de comando social por parte de determinado grupo." (Pinto, 1986, p.25-26).

O relatório da VI CNS apresenta poucas referências à Universidade. A ela é reservado o papel de formadora de recursos humanos especiais para a área de saúde, especialmente na formação de Sanitaristas a nível de pós graduação e programas de educação continuada e qualificação profissional para o pessoal de 1.o e 2.o grau.

A VII CNS teve como tema principal a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. Durante o evento é destacado o papel dos universitários nos programas isolados de integração docente-assistencial e de atenção primária de saúde. É nesta etapa que nas Universidades emergem diversos programas periféricos de Atenção Primária de Saúde, engajando professores e alunos em programas com base filosófica nos princípios da Reforma Sanitária. Em Santa Catarina, o Projeto Costeira

do Pirajubaé, desenvolvido pelos Departamentos de Enfermagem e Saúde Pública da UFSC, é exemplo prático desta proposta.

Os participantes da VII CNS, em sua maioria representantes de setores governamentais da área, solicitam uma reorientação da política de ensino superior, voltado para as realidades regionais, sem abandonar a preocupação com a problemática global do país, e que a formação de caráter geral seja priorizada. A reestruturação curricular dos cursos da área da saúde é amplamente defendida, com introdução do estudo das ciências sociais e do comportamento, na formação dos profissionais da área. É proposto ainda, o fortalecimento de núcleos universitários de formação de recursos humanos, articulando o aparelho formador e utilizador:

"As universidades deverão rever seus currículos e prioridades, no objetivo do preenchimento das exigências e ofertas de mercado de trabalho. Paralelamente a esta colocação, existe uma proposta alternativa na qual se busca uma aproximação entre graduação e a prática dos serviços de saúde, através de projetos de integração docente-assistencial. Dentro desses projetos o aluno é colocado em direta relação com a problemática de saúde concreta das nossas populações e uma perspectiva global lhe é apontada, onde a doença aparece vinculada aos demais fatores que compõem o contexto social e não como fato isolado decorrente apenas de causas biológicas. (Fanuck, 1980, p.125)

O relatório final da VIII CNS (17 a 21 de março de 1986) reflete um processo de discussão, onde 4.000 (quatro mil) pessoas debateram e encaminharam questões relativas à saúde pública nacional e o Sistema Único de Saúde ganha corpo e espaço para sua efetivação na prática. É a partir deste evento que se estabelece o princípio constitucional da saúde conceitualmente ampliada e encaminhada para ser garantida constitucionalmente, como direito do cidadão e dever do Estado. A sociedade brasileira é representada por 1.000 (hum mil) delegados, e, pela primeira vez na

história do evento, com participação massiva das classes populares, a Universidade é chamada a contribuir na construção e efetivação de um novo sistema de saúde para o país.

A VIII CNS remeteu a questão da formação de recursos humanos para a saúde, para a I CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE (I CNRHS), evento a ser realizado ainda no mesmo ano (13 a 17 de outubro de 1986). Este encontro teve como tema central a "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária" e contou com 500 (quinhentos) participantes, que discutiram a temática de recursos humanos para o setor de saúde. A Universidade é elencada como instituição que deve comprometer-se efetivamente na construção do SUS e seu diagnóstico, apresentado pelos participantes da I CNRHS, expõe uma realidade de instituição que carece de mudanças importantes, para que possa atender os interesses da sociedade brasileira. À Universidade é requerida uma mudança de sua estrutura autoritária, burocrática e centralizadora:

"As Instituições de Ensino Superior na área de saúde, ao servirem os interesses das classes dominantes afastam-se cada vez mais dos problemas do conjunto da população. Disso resulta uma disjunção teórico-prática com enfoque claramente individualista, hospitalar e privatizante."(MS. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde, 1993, p. 162).

O relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - I CNRHS (1986), apresenta um diagnóstico das Instituições de Ensino Superior em relação à problemática do setor saúde. As Universidades, em sua generalidade, são apresentadas como instituições que espelham e reproduzem a estrutura das classes dominantes, desvinculadas da realidade social, com cursos criados e mantidos para atender interesses de grupos hegemônicos. Define o problema da educação como ato político e que deve haver prioridade para o setor. É exigido que o modelo atual de

Universidade seja amplamente rediscutido, no sentido de que o processo educativo comece e termine na sociedade e que esta formule e controle o produto final das Instituições de Ensino Superior (IES):

"- a saúde deve ser apreendida pela universidade como resultante de um processo de determinação social (...) as IES devem entender educação no seu sentido amplo, não apenas como repasse de conhecimento técnico adquirido. É fundamental o entendimento do papel social do trabalho e o efetivo cumprimento das funções de ensino, pesquisa e extensão; (...) as IES devem buscar na sociedade a sua nova concepção de saúde. (...) o ensino, especificamente, deve ganhar, com a dimensão social, um caráter histórico. Deve sair do hospital, enquanto único polo formador (...) os perfis de formação devem ser construídos em conjunto pelos diversos profissionais da área e tendo como base a realidade social." (Ibidem, p.162-163).

O relatório final da IX CNS apresenta como um de seus pontos principais a questão dos recursos humanos para a saúde. A Universidade é novamente chamada a participar da efetivação do SUS, contribuindo com seu papel de formadora de recursos humanos que atenda com competência as necessidades de saúde da coletividade. Para tanto é requerida uma adequação dos currículos dos cursos da área da saúde a estas necessidades, de acordo com as realidades locais e sociais. É solicitado ainda, que seja garantida a articulação com os serviços locais de saúde, na função de ensino, pesquisa e extensão, com destaque no sentido de:

"- promover a incorporação e participação da Universidade em projetos interinstitucionais e multidisciplinares que tenham como objetivo a preservação do meio ambiente, a saúde e a educação das comunidades locais."(MS, 1993, p.205).

Na II CNRH (1993), é proposto o resgate do papel das Universidades públicas, não só enquanto centros de formação por excelência, mas como produtores de conhecimento, direcionados à realidade social, superando as dicotomias entre a universidade, a comunidade e o mundo do trabalho. Entretanto, é a partir da VIII e da IX CNS(1986 e 1990) que se discute com maior profundidade a questão do compromisso da Universidade com a sociedade e é elencado um grande número de contribuições que poderão ser assumidas pela instituição no sentido de construção do SUS. O papel das instituições formadoras de recursos humanos para o setor, principalmente as de terceiro grau, vem sendo discutido desde as primeiras CNS, também com destaque para a contribuição da universidade às políticas de saúde vigentes em cada época da realização das conferências.

Desde que a população brasileira conquistou espaço de participação para discutir o papel das Universidades em relação à sociedade, fica exposta uma realidade historicamente idêntica às de origem da Universidade pública brasileira. Apresenta uma instituição que necessita rever seus princípios redefinindo seus compromissos, voltando mais seus interesses para a coletividade que é sua mantenedora. Seu direcionamento atual ainda distancia-se significativamente daquilo que a comunidade preconiza como contribuição desejada ao atendimento de suas necessidades, especificamente, na área da saúde.

3.2 - A Universidade Federal de Santa Catarina e sua relação com a comunidade.

A Universidade Federal de Santa Catarina é uma instituição recente. Foi constituída pela lei n.º 3.849 de 18 de dezembro de 1960. Sua história extensionista é construída a partir da lei 5.540 da Reforma Universitária de 1968, a qual em seu artigo 40, define que "as universidades e as instituições de ensino superior *estenderão* à

comunidade, sob a forma de cursos e serviços especiais, as atividades de ensino e os resultados da pesquisa que lhe são inerentes".

As bases primordiais da extensão na UFSC tiveram, como ponto de partida, a incorporação às suas atividades, propostas multiministeriais do governo federal. Os principais programas extensionistas assumidos pela nossa Universidade foram o CRUTAC, PROJETO RONDON E *CAMPI AVANÇADOS*. Estes programas foram formulados na idéia de extensão como serviço social, prestado por estudantes, às comunidades carentes de alguma forma de assistência, de preferência distantes do campus universitário. Foram nestes programas que a área de saúde da UFSC executou suas primeiras atividades de atenção à saúde da comunidade.

Até 1969 a maioria dos programas de extensão eram desenvolvidos pelas universidades de forma isolada. Com o surgimento do Projeto Rondon, Campi Avançados e a Comissão Incentivadora dos Centros Rurais Universitários de Ação Comunitária (CINCRUTAC), a extensão conforma-se num projeto que ganha dimensão nacional, unificado metodologicamente e abrangente a todas as universidades públicas. A UFSC integrou-se a estes programas, mobilizando através deles, milhares de alunos numa cruzada assistencial às *populações carentes* do interior do Estado de Santa Catarina e do país. Destes programas de extensão universitária, fomentados pelo governo federal, o mais duradouro e o que mais mobilizou alunos e professores da UFSC foi o Campus Avançado de Santarém (PA), que durou até a metade da década de 80, quando novos rumos na política nacional, conduziram à extinção destes programas francamente verticalizados.

A área de saúde da UFSC desenvolveu suas primeiras atividades extensionistas de *larga escala* nos CRUTAC e Projeto Rondon. Para a execução destes programas eram *recrutados* acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia e Bioquímica, que desenvolviam atividades curativas e educativas junto a população alvo destes projetos. No CRUTAC, programa desenvolvido nos anos 70, os principais eventos extensionistas eram representados pelas *Semanas de Saúde*

Comunitária, em um determinado município do Estado,⁹ onde eram realizados atendimentos de consulta médica e distribuição de medicamentos, extrações dentárias, treinamentos de lideranças comunitárias, palestras de primeiros socorros e *educação sanitária*.

O programa Campus Avançado também foi executado pela UFSC e a área de saúde participou das suas atividades em Santarém, envolvendo alunos e professores dos cursos de Enfermagem, Medicina e Farmácia e Bioquímica durante quinze anos (1971-1986). Nos primeiros dez anos a programação obedecia ao modelo assistencial e obedecia as diretrizes do Projeto Rondon, principal repassador dos recursos ministeriais de financiamento ao programa.

A partir dos anos 80, alguns professores extensionistas da área da saúde, vinculados aos departamentos de Enfermagem e Saúde Pública, propõem novas formas de práticas extensionistas para a área de saúde da UFSC, inicialmente a nível de periferia ao campus universitário e posteriormente no Campus Avançado de Santarém. São profissionais participantes do Movimento Sanitário, preocupados com mudanças estruturais no atendimento à saúde da comunidade e também com a formação de recursos humanos voltados à realidade social presente. Surge o PROJETO COSTEIRA em Florianópolis e o PROJETO AEROPORTO VELHO em Santarém. Estes dois projetos constituem-se em um novo marco na extensão da área de saúde da UFSC. Incorporam os princípios da Reforma Sanitária e rompem com o assistencialismo *puro*. Desenvolvem metodologias de assistência e educação em saúde que favorecem, aos participantes dos projetos, uma visão crítica da realidade social da população, que é considerada como sujeito de sua ação, além de exercitarem princípios de interdisciplinaridade. Com o fim da direcionalidade e também do financiamento central aos projetos de extensão das universidades, a UFSC passou a repensar sua relação com a sociedade, e buscou redefinir sua política extensionista independente das

⁹ As *Semanas de Saúde Comunitária* foram desenvolvidas principalmente nos municípios do Vale do Araranguá e Mampituba, município de Camoboriú e Itaiópolis. Ver **Programa CRUTAC-SC: Estudo preliminar para atuação do Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária, em Santa Catarina (CRUTAC-SC)**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1973.

concepções advindas principalmente do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Entretanto, as novas resoluções não apresentaram um avanço significativo em termos conceituais. Não foram muito além do que já estava estabelecido no artigo 40 da lei n.o 5.540 de 28 de novembro de 1968. A Resolução n.o 044 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFSC (CEPE) datada em 05 de novembro de 1987, vigorou até o ano de 1993, no seu artigo 1.o define que:

"Art. 1.o - A Extensão, entendida como uma das funções básicas da Universidade, é a interação sistematizada desta com a comunidade, através da mútua prestação de serviços, visando contribuir para o desenvolvimento dessa comunidade e dela buscar conhecimentos e experiências para a avaliação e vitalização do ensino e da pesquisa."
(UFSC/CEPE, nov. 1987)

A resolução n.o 031/CEPE/, de 1.o de julho de 1993, simplesmente repete o conceito de extensão proposto na resolução anterior e o Estatuto atual (1991) da UFSC, igualmente pouco ou nada altera do artigo quarenta da lei 5.540 de 28 de novembro de 1968. O Artigo terceiro do presente estatuto define os seguintes itens relacionados à extensão da Universidade na sociedade:

**"VI - estender à comunidade, sob forma de cursos e serviços, as atividades de ensino e pesquisa que lhe são inerentes;
VII - difundir a cultura em todos os níveis;
VIII - tomar consciência e participar da solução dos problemas regionais e nacionais, atuando em colaboração com o Poder Público e a Comunidade no processo de desenvolvimento do país."** (UFSC/CEPE, jul. 1993).

Na atualidade a UFSC está desenvolvendo um processo de discussões importantes que encaminham-se no sentido de uma reformulação estrutural e

redefinição de suas funções básicas. Trata-se do PROCESSO ESTATUINTE,¹⁰ que concluído, proporcionará à Universidade um novo perfil na sociedade. As discussões a cerca da função extencionista da Universidade, ocorridas na Estatuinte da UFSC, somadas àquelas ocorridas nos diversos eventos nacionais e locais, que debateram o assunto, subsidiam a adoção de um conceito para a extensão que se aproxima mais das expectativas da sociedade em relação à Universidade:

"A extensão é o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e a sociedade". (UFSC/PRCE, p 3,)

Mesmo não avançando muito em direção a uma concepção particular de extensão, a UFSC acumula uma prática extensionista histórica, adquirida pela formulação e execução de inúmeros projetos a nível de sua periferia de campus, do Estado e da Nação. Esta experiência acumulada, mais o espírito extensionista de muitos professores e alunos que acreditam que a relação da Universidade com a comunidade é um fator importante de transformação social da maior relevância, leva a UFSC a conceber mais um projeto que estende as atividades da instituição em direção ao interior do Estado: é o Projeto **Campus Aproximado do Vale do Araranguá e Mampituba**. Este projeto assemelha-se ao CRUTAC-SC, repetindo um pouco de sua metodologia e instalando-se em uma das primeiras áreas de atuação deste programa. O programa *campus aproximado* foi executado a partir de 1984, no município de Praia Grande, abrangendo também os municípios de São João do Sul, Araranguá, Jacinto Machado, Sombrio, Turvo, Santa Rosa e Maracajá.

O Campus Aproximado de Praia Grande foi um projeto de ação integrada entre a UFSC e UDESC de Florianópolis, FEESC de Tubarão e FUCRI de Criciúma. Este projeto foi desenvolvido no período de 1984 a 1988, e o Centro de Ciências da

¹⁰ O Processo Estatuinte foi instalado na UFSC no final do ano de 1992 e conta com a participação de representantes do corpo docente, discente e administrativo e tem como objetivo aprovar um novo Estatuto para essa Universidade.

Saúde teve sua participação representada principalmente pelo Departamento de Enfermagem (NFR) da UFSC. Os projetos de extensão desenvolvidos pelo NFR consolidaram a forma de estágios curriculares e extracurriculares em projetos de conclusão de curso na comunidade, iniciados nos Projetos Costeira em Florianópolis e no Aeroporto Velho em Santarém.

Metodologicamente, esta experiência representou um crescimento significativo em termos de qualidade para a extensão de enfermagem. Os projetos foram construídos a partir de investigação temática com as comunidades locais e pode-se colocar em prática metodologias de educação em saúde que favoreciam a compreensão do processo saúde doença de forma crítica em seus determinantes. Alguns projetos foram norteados metodologicamente de acordo com os pressupostos de Paulo Freire e a postura dos profissionais extensionistas buscaram sustentação em Gramsci, para definir seu papel de intelectual na comunidade.

Uma série de entraves de caráter político impediram o prosseguimento do programa **Campus Aproximado do Vale do Araranguá e Mampituba**. Considero que isto deve-se às mudanças nas administrações a nível de município e da Universidade, as quais não conseguiram chegar a um ponto consensual que permitisse a continuidade das atividades da UFSC em Praia Grande. Entretanto, este modelo extensionista de *campus aproximado*, foi consolidado na UFSC e a experiência anterior foi retomada, recentemente (1993), no município de Lauro Müller, onde já foi solicitada a participação da área de saúde para contribuir na organização dos serviços locais de atenção à saúde popular.

A relação Universidade/Comunidade apresenta, ainda, um caminho de contramão em diversas atividades departamentais da UFSC. Alguns cursos da área de saúde consideram como atividade de extensão aquelas desenvolvidas pelos seus acadêmicos junto à população assistida nos serviços de ensino prático do campus, como no caso do Hospital Universitário e Clínica Odontológica. Trata-se de uma modalidade de extensão interna à instituição, a qual denomino de *pseudo-extensão*,

pois é apenas um serviço público oferecido à comunidade, com algumas diferenciações próprias para servirem como atividade prática acadêmica curricular. É evidente que trata-se de uma atividade necessária à formação dos recursos humanos que poderão atender as exigências do Sistema Único de Saúde, entretanto é vital que também se considere importante estender esta atividade para um contexto mais próximo da realidade onde são visualizados os principais determinantes do processo saúde-doença.

A Enfermagem da UFSC avança consideravelmente na questão extensionista, não só a nível de currículos de graduação e pós-graduação, mas também em projetos que integram as funções básicas da Universidade. A relação da Enfermagem da UFSC com a sociedade pode ser considerada como resultado da vocação extensionista da própria profissão. Para uma maior compreensão dos motivos que encaminham os enfermeiros em direção à saúde comunitária, faz-se necessário rever um pouco da história da Enfermagem brasileira e sua relação com a sociedade.

3.3 - A Enfermagem da UFSC: extensão, razão e paixão.

A gênese da enfermagem profissional brasileira está historicamente vinculada a uma política sanitária dos anos 20, num projeto de iniciativa governamental, importado dos Estados Unidos, cujo interesse era desenvolver combate às doenças de massa e estabelecer condições sanitárias adequadas a atender às necessidades de expansão do modelo capitalista agroexportador (Melo, 1986).

A primeira escola de enfermagem brasileira, nasce em 1923 subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e financiada pela Fundação Rockefeller e objetivava principalmente:

" a educação sanitária da população, prevendo a divulgação da higiene pessoal e pública, (...) controle e confinamento sanitário de leprosos, tuberculosos, portadores de doenças

venéreas, (...) o problema da habitação popular (...) cuidados com o problema da saúde infantil, o trabalho da criança e da mulher gestante." (Nakamae, 1987 p. 32).

É importante esclarecer que, já na sua origem, a Enfermagem apresentou suas primeiras contradições. Originária de uma proposta sanitarista para atender as necessidades de saúde pública a nível primário, preparava profissionais para atividades curativas a nível hospitalar, graças a um currículo do curso que continha em suas atividades, 08 (oito) horas diárias de estágio hospitalar. A primeira alteração curricular só veio ocorrer 26 anos mais tarde, mesmo assim, não proporcionou mudanças significativas no currículo original.

Com o desenvolvimento do capitalismo industrial dos anos quarenta, surge o sistema previdenciário, com assistência médica necessária para garantir curativamente a força de trabalho operário. Nesse período diminuem os serviços de saúde pública e inicia-se o processo de superação das atividades de enfermagem na área de saúde pública pelo aumento gradativo das ações de cunho hospitalar curativista. Os currículos tem seu conteúdo enfatizado nas ciências físicas e biológicas em detrimento da ciências sociais (Xavier *et al.* 1988).

A partir da década de 50, visualisa-se na prática a consequência da formação hospitalocêntrica da enfermagem. Em 1943, 33% dos profissionais de enfermagem do país já trabalhavam em hospitais, em 1950, 49,4% da força de trabalho de enfermagem já estava trabalhando em hospitais e só 17,2% estavam se dedicando à saúde pública. A partir dos anos sessenta a saúde pública já não é mais obrigatória no currículo de graduação, aparecendo como opção para especialização a nível de pós-graduação. A organização dos currículos é dirigida a atender uma parcela restrita da população abrangida pelo modelo de assistência individual, curativista e hospitalar (Germano, 1985).

Por outro lado, a área de saúde pública sempre esteve atrelada às políticas governamentais, consonantes com as políticas econômicas dominantes. Centrava suas

atividades no atendimento à doença do indivíduo em detrimento de ações promocionais e educativas em saúde coletiva. A atuação das enfermeiras vinculadas ao DNSP, bem como na Escola de Enfermagem deste Departamento atendia as necessidades dos grupos econômicos da época:

"estava explícita e conscientemente vinculada aos interesses econômicos do grupo Rockefeller nos países subdesenvolvidos." (Germano, 1985).

Este grupo patrocinou ainda o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, como resultado de um acordo militar entre o Brasil e os Estados Unidos. Seu principal objetivo era garantir ações médico-sanitárias em áreas estratégicas de interesse econômico e bélico, como a Amazônia, durante a Segunda Guerra Mundial.

O serviço de enfermagem do SESP desenvolveu suas atividades dentro de uma hierarquia rígida e disciplina militar em programas diversos, especialmente os de educação sanitária. Também prestava atendimentos em forma de campanhas e atenção individualizada nos serviços, denominados de Unidades Mistas que, além de desenvolver atividades de prevenção à doença, também atendiam à demanda espontânea com assistência médica curativa.

O SESP reforçou o modelo americano de saúde pública e influenciou inicialmente no currículo do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que também, através da Fundação Rockefeller, concedeu bolsas de estudo e especialização para enfermeiras nos Estados Unidos. Mais tarde, já como Fundação SESP (FSESP), influiu na reforma curricular do Curso de Educadoras Sanitárias da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, onde o processo saúde/doença é explicado como decorrente de fatores sociais e econômicos e que o modelo sanitarista de saúde pública poderia romper o círculo vicioso da pobreza,

considerada como causa da doença, contraditoriamente percebida como fenômeno individual (Nakamae,1987).

A enfermagem profissional brasileira desenvolveu-se num modelo de atenção às doenças de massa prevalentes, até os meados dos anos sessenta, quando ocorrem mudanças profundas na política nacional. Este período marca historicamente a política de saúde nacional que passa a atender cada vez mais os interesses do capital monopolista internacional, defendidos pelo novo regime:

"A hegemonia da assistência curativa se faz presente, enquanto a política econômica pós 64 provoca a concentração de renda e determina a multiplicação dos serviços privados na área da saúde, com destaque para o serviço hospitalar." (Melo 1986, p.71).

Nos anos setenta, com a falência do modelo econômico vigente, popularizado como "**milagre brasileiro**", consolida-se o modelo médico-assistencial privativista, hegemônico até os dias atuais. A medicina e a enfermagem são cúmplices de um sistema consumista de materiais medicamentosos e equipamentos industriais multinacionais, numa mercantilização aberta da saúde-doença da população. Contudo, a sociedade brasileira, na luta pelo processo de sua redemocratização, exige o equacionamento de suas desigualdades sociais. No campo da saúde, surge a Reforma Sanitária, como uma proposta contra-hegemônica do movimento sanitário, que tenta barrar o avanço neo-liberalista na área. O movimento sanitário agrupa intelectuais, trabalhadores de saúde e organizações populares num processo participativo que culminou com os avanços sociais para a área de saúde, constitucionalmente garantidos.

O Movimento Sanitário incorpora princípios da "medicina social", originária da Europa do século XVII, o qual, em seu trajeto histórico, ganha espaço nos Estados Unidos nos anos sessenta, como forma de prestação de serviço. Na década de setenta,

difunde-se também na América Latina, em diversos projetos experimentais financiados por entidades públicas e privadas.

No Brasil, a "medicina social" configura-se na expressão "medicina comunitária", redefine seus objetivos enquanto projeto pedagógico e "prática social" e relaciona-se a denominações variadas tais como "saúde comunitária" e "medicina comunitária" como sinônimos de "saúde pública". Também é concebida como "cuidado primário", "nível primário de atenção", integração docente assistencial, medicina geral comunitária e medicina da família (Nunes, 1980).

O movimento sanitário destaca-se, entretanto, além de prática social anti-hegemônica, como uma prática política, como empenho do setor na redemocratização do país. É neste contexto que, em 1976, surge o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES,¹¹ que articula o movimento sanitário com outros movimentos sociais, proporcionando um espaço para a prática multiprofissional, possibilitando quebrar algumas barreiras do corporativismo médico. No entanto, a maior preocupação do movimento é a consolidação da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, "organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade" (MENDES, 1993).

A concepção de saúde, forjada no interior do movimento sanitário, ultrapassa os limites do conhecimento e da prática médica. Propõe a construção de um novo saber que não distingue a questão saúde das questões sociais e nem as questões sociais das questões políticas. Apresenta-se um novo contexto político-sanitário que exige, para sua viabilidade, um comprometimento com uma nova ética profissional por parte dos trabalhadores do setor.

¹¹ O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES - é uma entidade civil sem fins lucrativos cuja finalidade é criar e aglutinar opiniões que pretendam a defesa da saúde coletiva. Propõe-se como instância da organização do saber em saúde. É composto por profissionais e estudantes de diversas áreas do conhecimento, além da saúde. Atua efetiva e constantemente em eventos nacionais e regionais relativos à saúde, apresentando documentos, promovendo mesas redondas e debates, articulado com outras entidades da sociedade civil, também preocupadas com as questões sociais. Mantem uma linha editorial, atualmente publicando artigos nacionais e estrangeiros através de sua revista Saúde em Debate.

As questões corporativistas categoriais apresentam-se numa dimensão específica e secundária. A população exige que o trabalhador de saúde apresente-se comprometido politicamente com os interesses e necessidades da comunidade. Não importa primordialmente a qual categoria profissional ele pertença. A comunidade, a nível local, responde aos apelos de participação de qualquer trabalhador de saúde que demonstre compromisso social pela população. Ela não expressa importância ao significado de categoria ou formação profissional, o que a população exige em primeira mão é compromisso profissional, coerente com suas necessidades.

As novas exigências para o atendimento à saúde evidenciam uma necessidade de revisão dos princípios que determinam a postura do profissional enfermeiro, trabalhando diretamente com a população. É necessário que sua postura ética, política e filosófica transcenda suas habilidades técnicas, não esquecendo os momentos que exigem do enfermeiro o desempenho profissional e conhecimento específico atualizado. No entanto, a questão que necessita ser relevada a um primeiro plano é o comprometimento do profissional com a sociedade e qual é o compromisso que o enfermeiro deve assumir na sua prática profissional como parceiro na construção de uma nova proposta de atendimento à saúde da população. Ao lado de quem estamos enquanto trabalhadores de saúde, é o que necessita ser definido.

Os diversos estudos realizados sobre o trajeto histórico da enfermagem no contexto das diversas políticas de saúde do Brasil, desde a sua institucionalização como profissão, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, até os dias de hoje no Sistema Único de Saúde, nos apresentam um quadro que posiciona a enfermagem claramente parceira de políticas, que até o presente não responderam, suficientemente, às necessidades de saúde da população (Germano, 1985; Melo, 1986 e 1992; Nakamae, 1987; Xavier et al., 1987 e 1988; Castro, 1988; Pires, 1989; Assis et al., 1993).

Paulo Freire, ao refletir sobre a postura profissional em relação à sociedade esclarece um pouco mais esta questão destacando que:

"o compromisso profissional seria uma palavra oca, uma abstração, se não envolvesse a decisão lúcida e profunda de quem o assume. Se não se desse no plano do concreto. (...) O compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, (...) A neutralidade frente ao mundo, frente ao histórico, frente aos valores, reflete apenas o medo que se tem de revelar o compromisso." (Freire, 1991. p.15).

O autor salienta ainda que é muito difícil dicotomizar o profissional e o extra-profissional. Coloca que não se pode assumir um compromisso como homem num dia e como profissional noutro:

"Não devo julgar-me, como profissional, *habitante* de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos *ignorantes e incapazes*. Habitantes de um gueto, de onde saio messianicamente para salvar os *perdidos*, que estão fora. Se procedo assim não me comprometo verdadeiramente como profissional nem como homem. ...Todavia, existe algo que deve ser destacado. Na medida em que o compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis-ação e reflexão sobre a realidade com inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade. Se o compromisso só é válido quando está carregado de humanismo, este por sua vez, só é válido consequente quando está fundado cientificamente". (Ibidem p.21).

São vários os processos de trabalho em "saúde coletiva" em que o enfermeiro é ator de destaque e pode optar por papéis capazes de produzir mudanças significativas no cenário social. Para tanto se faz necessário mudanças estruturais na formação do

profissional de enfermagem, capacitando-o técnica e politicamente para enfrentar os desafios que a proposta do SUS contém.

Ghiorzi et al, ao propor um perfil para o enfermeiro em saúde comunitária, estabelece que, numa abordagem de comprometimento profissional com a sociedade, o enfermeiro apresenta um papel fundamental como educador e político. Isto é possível trabalhando com a comunidade em seu processo organizativo, refletindo com ela sobre suas condições de saúde-doença, identificando os determinantes desse processo e sendo um facilitador para descoberta de meios que poderão conduzir às mudanças destas condições. O documento destaca ainda a responsabilidade do enfermeiro como coordenador dos serviços e da equipe de saúde, favorecendo possibilidades de integração com a comunidade local.(Ghiorzi et al., 1993).

Melo, ao refletir sobre os elementos importantes à prática de enfermagem que possam contribuir na construção do SUS destaca:

"Neste panorama conjuntural extremamente difícil, em que a precária organização e mobilização da sociedade civil é evidente, convém lembrar que toda contribuição para vida social deve ser essencialmente prática e a partir desta prática ser conceitualmente construída. Assim, pode-se afirmar que o real desafio da enfermagem é a construção de uma nova prática. (...) é difícil nomear o papel da enfermagem quando são poucos os enfermeiros e outros profissionais da enfermagem que caminham nesta direção. O papel desta enfermagem fragmentada e segmentada deverá também conceber a si mesma em conjunto e em movimento com o sistema do qual é parte e é todo. Sem perder de vista o que parece fora de moda e continua a ser fundamental: a construção do SUS no projeto neo-liberal ou no democrático, ambos inseridos na sociedade capitalista com todas as características brasileiras". (Melo, 1992, p. 27)

É neste contexto que a Enfermagem da UFSC procura estabelecer um processo de formação de recursos humanos voltado para as necessidades do SUS. Para efetivação deste sistema elabora um currículo que permite o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, inseridos na realidade concreta, onde há maior possibilidade de identificação dos determinantes sociais do processo saúde/doença. Entretanto, são as atividades de extensão do Departamento de Enfermagem (NFR) que possibilitam o aporte de suas ações em direção à comunidade. O envolvimento maior da enfermagem com a comunidade, em relação às outras áreas de formação em saúde, é seguramente, resultado de um maior comprometimento dos professores e acadêmicos de Enfermagem da UFSC em projetos de extensão comunitária, no decorrer da sua história.

Historicamente, as primeiras atividades extensionistas do NFR, bem como a maioria das atividades de extensão das universidades federais brasileiras, estão relacionadas aos programas impostos à Universidade durante o período político pós golpe militar de 1964. O CRUTAC foi, possivelmente, o primeiro programa no qual o NFR desenvolveu ações extensionistas. Passou pelas operações nacionais e regionais do PROJETO RONDON e esteve presente em todo o período de existência do programa CAMPUS AVANÇADO em Santarém, no Estado do Pará. O rompimento com estes programas governamentais surgem com a implantação de um projeto de extensão *alternativo*, com um norteamento metodológico oposto aos tradicionalmente desenvolvidos pelos professores e acadêmicos do curso: é o PROJETO COSTEIRA¹².

O PROJETO COSTEIRA foi a primeira proposta contra hegemônica ao modelo dominante de assistência à saúde da população em Santa Catarina. Foi um projeto concebido por professores do Departamento de Enfermagem e posteriormente recebeu engajamento de professores e do Departamento de Saúde Pública da UFSC. A

¹² A denominação "Projeto Costeira" tornou-se comum como termo abrangente às diversas concepções de projetos de extensão, desenvolvidos pelos Departamentos de Enfermagem e Saúde Pública da UFSC, no bairro da Costeira do Pirajubaé em Florianópolis.

experiência pode ser considerada uma das primeiras tentativas de ação interdisciplinar com esboços de ações indissociadas do saber e da prática em saúde. Considero o Projeto Costeira como um dos desafios mais significativas da história da saúde comunitária da UFSC. Esta proposta só não se consolidou, porque seus intelectuais não conseguiram superar os conflitos ideológicos e corporativistas que minaram o projeto, após mais de quatro anos de contribuição a uma experiência de assistência integrada com a comunidade e formação acadêmica inserida em sua realidade social.

A primeira referência ao Projeto Costeira data do final do ano de 1977, quando o Departamento de Enfermagem da UFSC, foi motivado pela Sub-Reitoria de Assistência e Orientação ao Estudante, no sentido de desenvolver atividades assistenciais em Florianópolis, similares às desenvolvidas nos projetos do CRUTAC e RONDON, a nível estadual e nacional, respectivamente.

No ano de 1978, professores do Departamento de Enfermagem da UFSC, elaboram uma proposta de atividade de extensão, com o título de **"EXTENSÃO COMUNITÁRIA"**¹³, com os seguintes objetivos:

- "- Estender à comunidade atividades profissionais e assistenciais à saúde;**
- Provocar, a longo prazo, mudança no comportamento da comunidade, a favor da melhoria de saúde;**
- Ampliar como campo de estágio para estudantes do curso de graduação e pós-graduação;**
- Favorecer o desenvolvimento de pesquisa multidisciplinar comunitária."**¹⁴

Esta proposta inicial de extensão em enfermagem comunitária, teve diversos momentos de discussão e aperfeiçoamento evoluindo para a indicação de uma área

¹³ O "Projeto de Extensão Comunitária" foi elaborado pelos professores Antonio de Miranda Wosny, Beatriz Beduschi, Edilza Ribeiro Schmitz, Eliana Marília Faria (Coordenadora) Ingrid Elsen e Lúcia T. Gonçalves. Este projeto foi aprovado em reunião do Colegiado do Departamento de Enfermagem, coordenada pela Chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC, em 29 de junho de 1978.

¹⁴ Ver UFSC - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM. **Projeto de extensão comunitária**. Florianópolis: mimeo, 1978, p. 3)

geográfica de atuação no bairro Costeira do Pirajubaé e deu origem ao **"PROJETO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM À COMUNIDADE DA COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ"**, com o seguinte objetivo:

"propiciar atendimento de saúde às famílias residentes no bairro, bem como possibilitar aos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem conhecer a realidade de saúde, como também incentivar a comunidade na discussão e solução de seus problemas".¹⁵

Em 1979, iniciou-se no bairro uma terceira versão do projeto, agora como proposta curricular dos Departamentos de Enfermagem e Saúde Pública intitulado **"PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ"**, com objetivos idênticos ao projeto anterior, mas diferenciado através da participação de alunos também do curso de medicina. Neste mesmo ano, um dos professores do Departamento de Saúde Pública, que participou do "Projeto Costeira", assume a Coordenação de Extensão da Área da Saúde, junto ao Departamento de Assuntos Comunitários e Estágios - (DACES)¹⁶, (Hoje Departamento de Apoio à Extensão - DAEx) para também coordenar as atividades de extensão da área de saúde em Santarém. Tal fato, constituiu-se na primeira possibilidade de mudança metodológica de ação da área de saúde no Campus Avançado, no qual a área de enfermagem desenvolveu atividades no projeto **"PROMOÇÃO EM SAÚDE"**. Este projeto explicitava em seus objetivos, uma proposta claramente assistencialista, deixando escapar a oportunidade, dada aos organismos universitários, para transferirem as suas atividades do *campus convencional* para uma *nova sala de aula*, numa realidade toda especial, como é a

¹⁵ Ver UFSC - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM. **Projeto de atenção de Enfermagem à comunidade da Costeira do Pirajubaé**. Florianópolis: mimeo, 1979. p.2).

¹⁶ O Departamento de Assuntos Comunitários - (DACES), subordinado à Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis e de Extensão, foi criado em 23 de julho de 1979, através da resolução 16/79 em substituição a Coordenação de Serviços Comunitários (COSECO).

Amazônia. Em vez disso, fomos coerentes com a ideologia dominante da época ao propomos objetivos francamente alienantes e até ingênuos como estes do projeto "PROMOÇÃO EM SAÚDE:

"Contribuir para a consecução do estado de completo bem-estar físico, mental e social para parte da população santarena.

Proporcionar atendimento médico, de enfermagem, laboratorial e farmacêutico, bem como conhecimentos básicos de educação sanitária à população de baixo nível econômico, especialmente a não amparada pela previdência social."

No início da década de 80, é visível o enfraquecimento do governo implantado pelos militares, conseqüentemente o Projeto Rondon procura repensar sua proposta de ação para os *campi* avançados. Tal mudança pode ser justificada, considerando que, em dez anos de existência totalizou-se a presença de 24.963¹⁷ universitários participando do programa, entretanto não ocorreram mudanças sociais, políticas ou econômicas significativas nas regiões sedes dos projetos. Este fato leva a Fundação Projeto Rondon a repensar sua política de diretividade e controle das ações extensionistas das Universidades nos *campi* avançados. Com isso gera-se a possibilidade de construção e implementação de projetos com metodologias transformadoras, baseadas em uma relação dialógica e participativa com a população envolvida. Em Santarém, esta mudança é evidenciada a partir daí, recebendo as influências políticas e pedagógicas do Projeto Costeira, através dos acadêmicos e professores de Enfermagem, Farmácia e Bioquímica e Medicina, egressos do projeto em Florianópolis.

O "Projeto Costeira" incorporou, em sua metodologia, princípios marxistas do materialismo histórico e dialético, o qual foi, a partir do ano de 1980, o referencial

¹⁷ Fonte: *Reporter Rondon*, n.o 4, dez. 1980.

básico para as atividades de extensão em saúde, desenvolvidas no **CAMPUS AVANÇADO DE SANTARÉM**. A participação dos acadêmicos da área em atividades na Amazônia, estava condicionada prioritariamente, àqueles egressos do "Projeto Costeira". Esta decisão favoreceu significativamente as transformações metodológicas e ideológicas do trabalho em saúde desenvolvido até então em Santarém, principalmente na área de Enfermagem, que passou a desenvolver atividades do currículo do curso no último semestre..

O "Projeto Costeira" desenvolvia atividades e estudos num processo pedagógico que incorporou princípios da "Medicina Social" e do "Movimento Sanitário" com apoio do "Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES", núcleo de Florianópolis. Em 1982 muda alguns objetivos, denominando-se agora **"PROJETO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA"**. O objetivo deste projeto visava, além da assistência à saúde da população:

"contribuir para a formação de recursos humanos na área de saúde adequados a realidade brasileira segundo a filosofia de atenção primária de saúde". (DACES-UFSC. 1983, p.2).

Os projetos de extensão da área de saúde da comunidade na UFSC assumiram, em sua maioria, as propostas do Movimento Sanitário, que propunha uma política de transformação do setor e contribuiu com subsídios importantes para a redemocratização do país. Isto influenciou decisivamente para o rompimento de uma prática acrítica na qual estavam imersos a maioria dos projetos de extensão à comunidade desenvolvidos pela área da saúde e de Enfermagem da UFSC, que a partir do "Projeto Costeira", avançou pedagógica e politicamente no sentido de uma prática social transformadora.

Na atualidade, a maioria dos projetos de extensão da área de Enfermagem da UFSC, apresenta pressupostos que acolhem os princípios da Reforma Sanitária. Procuram desenvolver-se apoiados numa metodologia que se preocupa,

primordialmente, com a organização e participação da população na construção do SUS. Isto passa por um processo de educação popular em saúde com o qual a Enfermagem da UFSC está comprometida através de diversos núcleos de extensão. As atividades destes núcleos têm seu desenvolvimento local ou distante ao campus universitário e são desenvolvidas pelos cursos de graduação e pós-graduação.

O nosso envolvimento direto em um desses núcleos e o fato do mesmo ter tido origem a partir de nossa proposta durante o desenvolvimento da disciplina Prática Assistencial do Curso de Mestrado no bairro Saco Grande II, é motivo suficiente para destacar aqui o projeto do **NÚCLEO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE (NEPEPS)**. É um projeto que teve sua conformação no final do ano de 1993, como resultado do empenho de um grupo de professores dos Departamentos de Saúde Pública e Enfermagem, que atuam nos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Trata-se de uma proposta de concretização de ensino, pesquisa e extensão indissociados, com temáticas educativas em saúde, desenvolvidas por professores, alunos e comunidade do bairro Saco Grande II.

A idéia do NEPEPS concretizou-se com a decisão do grupo atuante no bairro em unificar suas ações numa proposta integrada. Construiu-se uma proposta que desenvolvesse um processo educativo e assistencial em saúde com pressupostos básicos e metodologia de relação comunitária coerente com os princípios da Reforma Sanitária.

A metodologia básica é centrada no processo pedagógico libertador de Paulo Freire, pois seu *itinerário* facilita a superação da visão ingênua da realidade, possibilitando aos atores o desenvolvimento de uma consciência crítica. É uma metodologia que visa trabalhar (problematizar) os temas importantes para a comunidade, utilizando instrumentos apropriados para a abordagem de cada problema, requeridos à medida de seu desvelamento:

"Quanto às questões de pesquisa que venham a emergir da interação entre profissionais, moradores e instituições do bairro, este projeto, mantido o referencial, possibilita a utilização de métodos e instrumentos, tanto vinculados à pesquisa clássica, quanto aos modelos inovadores, bem como a valoração tanto de dados quantitativos quanto qualitativos" (UFSC/NFR, 1994, p.12)

É um projeto que objetiva integrar e coordenar as ações da Universidade na comunidade, extrapolando os limites do serviço de saúde local como campo de estágio e também unificar esforços de transformação da realidade social do bairro, como facilitador do processo organizativo e participativo, contribuindo especialmente para o desenvolvimento de uma consciência de saúde como direito de cidadania. A integração das atividades de ensino com a área assistencial é objeto de debates importantes na atualidade, principalmente aqueles ocorridos durante as Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde.

A Enfermagem também tem discutido a questão da integração docência e assistência extrapolando os limites da preocupação com a extensão de cobertura. Considera-se que essa relação é processo social que aborda a saúde/doença, numa dimensão política e que a democratização da Universidade pode ser facilitada à medida de sua extensão até os serviços e a comunidade é encaminhada de alguma forma interdisciplinar¹⁸ e multiprofissional. Autores como Egry e Fonseca analisam o processo de formação e prática de enfermagem na comunidade numa dimensão

¹⁸ Os estudos sobre *interdisciplinaridade* não apresentam uma definição consensual sobre o termo. Quando me refiro à esta questão estou baseado no seu princípio que é considerado sempre o mesmo. Para Hilton Japiassú, "A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas do interior de um mesmo projeto de pesquisa". Ver JAPIASSÚ, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*, Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.74. Considero também o conceito de *interdisciplinaridade* que foi proposto por Guy Michaud, apresentado por Fazenda (1979), relacionando-o com a Universidade: "*Interdisciplina - interação existente entre duas ou mais disciplinas. Essa interação pode ir da simples comunicação de idéias à integração mútua dos conceitos diretores da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos dos dados e da organização referentes ao ensino e à pesquisa*". (Fazenda, 1979, p.27). Ver FAZENDA, I.C.A. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia*. São Paulo: Loyola, 1979.

pedagógica em que o *saber/fazer* em saúde coletiva apresenta as seguintes características:

"Trabalho humano inscrito numa sociedade concreta, historicamente determinada, que aspira a aproximação entre instituições de ensino, de assistência e a população. Visa superação das contradições da teoria e da prática, contemplando a aspirações e possibilidades de saúde das distintas classes sociais que compõem a população , assim como aspirações e possibilidades de ação das instituições de saúde e ensino, em um processo de compartilhamento e responsabilidade". (Egry e Fonseca, 1994, p. 17).

Além de propostas politicamente corretas é importante que o projeto possua uma organização estrutural e administrativa coerente com seus objetivos. Para isso os integrantes do NEPEPS procuraram estabelecer uma estrutura funcional que desenvolve suas atividades a partir de três níveis de discussão e decisão.

O primeiro nível é denominado de FÓRUM GLOBAL, onde todos os participantes do projeto debatem a temática investigada no bairro, problematizam-na e propõem os encaminhamentos necessários à sua superação. Neste fórum ocorre a participação de representantes da comunidade, através de lideranças das organizações populares locais e do coordenador da UBS do bairro.

Num segundo nível, forma-se o CONSELHO CONSULTIVO, onde os constituintes dos grupos de trabalho, sob uma coordenação consensual, analisam os projetos e relatórios, buscam recursos financeiros, elaboram e avaliam as normas de funcionamento do núcleo, bem como as atribuições do conselho consultivo. Este espaço também é destinado para avaliação metodológica, política e estratégica das atividades desenvolvidas pelo núcleo.

No terceiro nível encontram-se os GRUPOS DE TRABALHO, representados pelos executores dos projetos e atividades em desenvolvimento no bairro. Estes grupos têm um papel importante de avaliação e proposição de novas atividades para o projeto.

É encarregado ainda, de colaborar com outros grupos e participar do CONSELHO CONSULTIVO e FORUM GLOBAL, através dos coordenadores de projetos e atividades.(UFSC/NFR, 1994)

Inicialmente o NEPEPS agrupou-se em torno de seis projetos em andamento no bairro. Destes, cinco são projetos de extensão, e um de pesquisa. Propôs a criação de mais dois projetos de extensão complementares, sendo um de apoio pedagógico aos integrantes do grupo e outro de assessoria em comunicação. Integra-se também às atividades de ensino de graduação através da disciplina de Enfermagem na Atenção Primária de Saúde e no de pós-graduação com a disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem.

O NEPEPS é um cenário desenvolvido para re praticar a extensão, repensando a própria Universidade. É um desafio da extensão universitária em saúde, como proposta que encaminha-se no sentido de rompimento das formas tradicionais nesta prática. Para isso associa o ensino, a pesquisa e a extensão numa ação integrada com a comunidade, suas organizações e o serviço local de saúde. É um espaço aberto especialmente para criação de conhecimento numa nova dimensão de sala de aula, desarraigada de sua tradicionalidade intramural.

Os atores envolvidos nesse processo educativo são desafiados a construir uma proposta de transformação de seus papéis convencionais de receptores de um saber, até agora elaborado descolado de sua realidade e distante de seus interesses. São chamados a abandonar sua condição de expectadores, para exercerem seus papéis de sujeitos, revelando saberes que lhe são próprios e contribuindo para a (trans)formação de todos os envolvidos em cena. De todos os atores em cena, os que respondem mais imediatamente ao processo educativo, são os acadêmicos envolvidos no processo. Nossa tendência é avaliar, preferencialmente, as mudanças ocorridas a nível dos atores sociais que representam a comunidade, deixando em condição secundária a avaliação das transformações internas ocorridas no grupo, principalmente, nos seus segmentos discentes. Acredito que a resposta mais significativa de toda nossa ação no bairro Saco

Grande II, através do NEPEPS, é sem dúvida, a possibilidade de despertar uma consciência crítica e política em saúde, nos acadêmicos de todas as fases que participam do projeto. Esta resposta poderá se constituir na garantia futura de mudanças na estrutura de saúde vigente no país, através de novos modelos de assistência, de ensino, pesquisa e extensão.

A Enfermagem da UFSC é detentora de uma história extensionista invejável, resultado do empenho de profissionais e acadêmicos que acreditam na extensão, não só como uma aventura de amor ao próximo, mas como uma possibilidade real de inserção da Universidade num processo de interação transformadora com a Sociedade. Nosso comprometimento com a população do bairro Saco Grande II, especialmente com a comunidade do morro do Sol Nascente, constitui-se num esforço conjunto no sentido de conhecer e participar do cotidiano dessa população. O objetivo almejado encaminha-se no sentido de estabelecer um processo educativo transformador do microcenário que se irradie e subsidie as mudanças no cenário geral.

4 - QUEM É ESSE POVO QUE O MORRO POVOA?

Apresentar a população do Sol Nascente constitui-se uma tarefa marcante e repleta de histórias de vida, praticamente impossíveis de serem relatadas, sem um pouco de vivência nessas mesmas histórias. Ao dialogar com o ex-campesino que abandonou suas origens tento realizar um exercício de empatia amparado em meu passado rural de filho de agricultor do planalto serrano. A pergunta mais comum nos diálogos informais é primeiramente relacionada às *andanças* anteriores de cada um. Também relato-lhes as minhas. Até coincidimos em alguns caminhos, andamos juntos em outros, nos afastamos em determinada etapa de nossa história e hoje nosso destino tem lugar comum. Comum em termos geográficos de um bairro, Município ou Estado. Entretanto, fui destinado a um mundo diferente do seu, onde domino uma forma de saber distinto daquele de nossas origens. É este novo saber que me garante o poder do saber em saúde do qual me apropriei e faço uso para compreender os determinantes deste nosso reencontro. Nossas histórias de vida se fundem novamente facilitadas pelas reuniões comunitárias, trabalhos de grupo, atendimento de enfermagem ou pela visita informal para uma *roda de chimarrão*, um café ou uma xícara de chá. Estou consciente de que aqui estou porque outros ficaram lá no campo em meu lugar e contribuíram para minha formação universitária. Hoje muitos deles desistiram da vida rural, não por sua vontade, mas em consequência de uma política agrária que exclui o pequeno agricultor do processo produtivo agrícola e o obriga a migrar para os centros urbanos.

4.1 - Alguns determinantes da origem das povoações periféricas de Florianópolis.

Tratar o tema que aborda os determinantes que originaram a formação dos núcleos de moradores que hoje habitam a periferia dos centros urbanos de Santa Catarina, requer uma avaliação do que está ocorrendo na economia do Estado, especialmente na área agrícola. É no campo que tudo se origina. É das transformações econômicas ocorridas neste setor que crescem as massas migrantes em direção às cidades. São em grande maioria pequenos proprietários e trabalhadores rurais, banidos do campo, atingidos pela força esmagadora do capitalismo rural. O modelo de uma pretensa modernidade invade o campo aliado a uma tecnologia concebida para minimizar as agruras do trabalhador. Entretanto, transforma-se em seu pior inimigo, expropriando-lhe não só a terra, mas principalmente o direito de nela trabalhar:

"O Estado de Santa Catarina tem hoje um contingente de 160 mil famílias de trabalhadores rurais sem terra, segundo o levantamento realizado pela entidade que congrega os agricultores. Tal universo equivaleria, segundo o cálculo do Movimento dos Sem-Terra, há 725 mil pessoas que não têm onde plantar no Estado" (O ESTADO, 13 de março de 1994).

As raízes históricas que determinam este quadro da realidade dos trabalhadores egressos do campo têm muitos marcos de análise e um dos principais é a situação pós II Guerra Mundial, onde os Estados Unidos lideram o processo de imperialismo econômico. Mesmo não sendo o objetivo deste trabalho uma descrição da conjuntura mundial que determinou as características da realidade rural brasileira, é necessário que se faça esta relação e que se considerem as causas principais das transformações ocorridas no campo, para melhor entendermos o que vem determinando o processo de favelização urbana.

Nas últimas décadas, a agricultura brasileira passa por um processo expansivo e de transformação tecnológica brutal. Isto se dá graças a uma política agrária que privilegia o capital no campo, de forma concentrada pelo acúmulo de terras em latifúndios, com domínio de tecnologia e monopólio comercial. Essa política contribui para que uma grande massa populacional fique marginalizada do processo, principalmente na produção mecanizada, decorrente da instalação dos oligopólios agroindustriais. Há um pacto entre o capital urbano e os proprietários rurais no sentido de reprimir uma política agrícola que atenda os interesses dos pequenos produtores rurais e os programas de distribuição de terras aos trabalhadores foram praticamente abandonados.

Em Santa Catarina introduziu-se um processo de produção integrada, que caracteriza-se por um modelo de agricultura importado dos países ricos e tem por base o fomento agropecuário e aproveitamento do solo e da mão de obra do pequeno produtor e de sua família. É um programa que libera a empresa da contratação de mão de obra direta, bem como dos encargos sociais que a massa assalariada acarreta. Este tipo de atividade é comumente empregado com agricultores que possuem terras propícias ao plantio de fumo os quais se integram aos programas de cultura fumageira financiada por companhias multinacionais produtoras de cigarros. Outros programas de agricultura integrada comuns no Estado estão ligados a suinocultura e avicultura, principalmente na região Oeste onde há predominância de agroindústrias deste ramo da produção. Coincidentemente é desta região que provém uma parcela significativa da população que compõe a massa favelada de Florianópolis.¹

Este sistema, aparentemente, pode representar a "salvação da lavoura" do Estado, articulando os agricultores em torno do capital monopolista, representado por grupos empresariais dominantes, que detém o poder tecnológico, político e econômico. Entretanto, a abrangência do sistema integrado é limitada, determinando um processo

¹ Sobre a procedência das famílias que habitam o morro do Sol Nascente ver trabalho de GONZAGA A. A., WOSNY A. M., HEIDEMANN I.T. **Proposta de Educação Popular em Saúde: "para além do borrachudo: uma coisa puxa outra.** Projeto de Prática e Dissertação de Mestrado em Enfermagem. UFSC. Florianópolis, 1993.

seletivo onde somente alguns agricultores atendem ao perfil exigido pelas agroempresas.

A produção camponesa tende a desenvolver-se ainda por longo tempo, cada vez mais integrada ao mercado capitalista e com maior concentração da posse da terra por grandes empresas rurais detentoras de altas tecnologias. Em decorrência disso a força de trabalho rural tende a diminuir cada vez mais, prevendo-se que a população agrária chegue a menos de 10% da população geral no final do século, resultando numa concentração populacional elevada em determinados centros urbanos (CPT, Documento da Romaria da Terra, out. 1993)²

Com a concentração populacional urbana, os problemas da cidade se agravam e as discussões dessa questão acabam convergindo para a problemática agrária e o êxodo rural. Os barracos que se constroem nas periferias urbanas são iniciados quando seus moradores abandonam a terra que os sustentavam.

Expulsa do campo, a população se aloja nas periferias urbanas, onde as condições de habitação, os serviços públicos de saúde, educação, lazer, trabalho e transporte não oferecem sequer o indispensável para a sobrevivência do ser humano. Outro acontecimento que não pode ser esquecido é a especulação imobiliária, que aliada ao mecanismo de exploração desenfreada da natureza urbana levando os migrantes a ocupar áreas impróprias para moradia ou mesmo de reservadas como de preservação da natureza. Em decorrência disso surgem as favelas, cortiços, loteamentos em áreas de risco de catástrofes, irregulares e ou clandestinos.

Os levantamentos sobre origem dos moradores do morro do Sol Nascente mostram que a maioria deles, antes de mudarem-se para aquela localidade, já haviam residido em outros bairros da capital ou de outros municípios que compõem geograficamente a região da Grande Florianópolis, principalmente nos municípios de São José e Palhoça³. São abrigados inicialmente em casas de parentes ou conhecidos

² A Comissão Pastoral da Terra é uma organização ligada à Confederação dos Bispos do Brasil e constituída por religiosos, agricultores, intelectuais e militantes de movimentos populares rurais.

³ Os levantamentos sobre as origens dos moradores do Sol Nascente constam dos relatórios semestrais de estágio curricular dos alunos da Disciplina de Enfermagem na Atenção Primária de Saúde do Curso de Enfermagem da UFSC, realizados nos anos de 1993 e 1994.

conterrâneos, até conseguirem um trabalho com alguma renda. Quando surgem oportunidade de comprar um pedaço de terra num destes loteamentos, ali edificam suas moradias. As questões legais de posse desse solo, a preocupação com o meio ambiente e segurança da moradia, são aspectos relegados a um segundo plano, nestes núcleos populacionais emergentes.

Em Santa Catarina, a situação das periferias urbanas não é muito diferente do que ocorre a nível nacional. O Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA, estima-se que 213.920 famílias passam fome no Estado e um terço delas sobrevive sem condições mínimas de dignidade humana ao redor dos centros urbanos. (IPEA, abril/1993)⁴ A capital do Estado vivencia uma problemática de "inchaço" periférico, decorrente de migrações camponesas, na maioria das vezes indiretas. Antes de migrarem para a capital, os camponeses já ocuparam periferias das cidades médias mais próximas a sua região de origem, tais como Chapecó, Lages, Joaçaba, Blumenau, Brusque, Joinville, Itajaí e muitas outras. Não conseguindo emprego e moradia nestas cidades, deslocam-se para a região litorânea, onde Florianópolis é um referido potencial de emprego na construção civil e o turismo oferece oportunidades de alguma renda extra no verão.

4.2 - O bairro Saco Grande II recebe os migrantes.

O bairro Saco Grande II tem sua origem na ocupação do interior da Ilha de Santa Catarina e ocorreu em função da fertilidade do solo encontrado nas fases intermediárias entre o manguesal do bairro e suas encostas. Outro fator que favoreceu a criação deste núcleo de moradores era a grande quantidade de mananciais aquíferos que descem das encostas que compõem o bairro. Seus primeiros moradores eram colonos descendentes de açorianos que mudaram de outras localidades da ilha. Estes

⁴ O IPEA considera indigente a família cuja renda corresponde no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atendam os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU, para a família como um todo.

colonos adquiriram glebas de terras que se distribuíam desde o mangue até o alto das encostas locais.

Com o desenvolvimento turístico de Florianópolis, ocorreram maiores investimentos de infra-estrutura, principalmente na via de acesso à região norte da ilha, ocasionando a construção da rodovia SC-401. Esta rodovia favoreceu o surgimento de novos núcleos de moradores no bairro. Foram construídos o Conjunto Habitacional Monte Verde e Residencial Parque da Figueira. A implantação desses núcleos de moradores no bairro, mudou sensivelmente o perfil de sua população. Muitos dos adquirentes das novas moradas eram oriundos do interior do Estado e possivelmente favoreceram a vinda de outros moradores para o bairro.

A procura de terrenos periféricos aos conjuntos residenciais aumentou e os descendentes dos primeiros moradores do bairro lotearam suas terras, principalmente aquelas das encostas que eram ricas em água corrente. Surgem, então, os primeiros loteamentos clandestinos⁵ do bairro, sem nenhuma infra-estrutura viária, de saneamento ou de preservação de áreas verdes.

É neste cenário que atualmente são visualizados os núcleos de moradores das encostas do bairro do Saco Grande II, representadas pelas comunidades do Caminho da Cruz, Morro do Atanásio, Morro do Caju, Morro do Balão e Sol Nascente. Nestes núcleos encontram-se milhares de migrantes, convictos que a vida miserável a qual eram submetidos no campo era muito pior que a conseguida no centro urbano, mesmo morando em sua periferia destituída de qualquer infra-estrutura de habitacional. O depoimento a seguir ilustra esse pensamento:

"Vim de S. Joaquim. Moro aqui há uns oito ano. Trabalhava de empregado na roça, fazendo taipa. Quase não dava pra vivê... "aqui na cidade tá o dobro de bão. Meus filho tão tudo empregado, meu genro mora aqui comigo. Esse meu lote tem mais de dois mil metro, onde pranto de tudo e crio uns porquinho prá ajudá na alimentação... tenho água encanada

⁵ Segundo documento do Instituto de Planejamento Urbano da Prefeitura Municipal de Florianópolis denominado Relatório da consulta nacional sobre gestão do saneamento urbano, 58% das construções do município são clandestinas. (PMF/IPUF, Jun./Ago., 1994)

limpinha de sobra, que vem da cachoeira a uns seiscentos metro lá de cima...." (Entrevista informal com morador local, gravada em video, nov./93).

Outros moradores, declaram que enquanto agricultores, em nosso modelo de exploração agrícola, para conseguir uma renda líquida familiar de um salário mínimo mensal, tinham que executar um trabalho braçal penoso. Isto é, além de todas as dificuldades de conseguir manter a posse da terra, acesso a financiamento e tecnologia para conseguir uma produção de subsistência, encontravam as mais variadas dificuldades de comercialização do produto de seu trabalho. Por outro lado, referem que as dificuldades de acesso aos bens e serviços públicos, tais como escolas, serviços de saúde, energia elétrica, laser, etc., são muito mais expressivas no campo que na cidade. Um outro morador residente na localidade do Sol Nascente relata sobre as causas que o levaram a migrar para a cidade:

"...nóis tinha, dois arquere de terra, onde nóis morava, prantava e criava. Só que era muito dificutoso a gente fazer dinheiro com aquilo que a gente pranta e cria. Meus filhos foram ficando moço e o mais velho veio prá cá trabalhar de pedreiro. Comprou esse terreno aqui e construiu essa casa onde nóis morá. Então eu fiquei só com as minina piquena, fui trabalhá de empregado dos fazendero e acabei ficando doente por causa dos inseticida. Daí resorvemo vendê a terra, pois eu não podia mais trabalhá, por causa da doença, e vim morá aqui na casa do meu filho... hoje tô bem, graças a Deus, trabalho de vigia noturno de um prédio lá no centro... ganho mais de um salário... minha filha, a mais mocinha também tá trabalhando e já ajuda em casa. Com o dinheiro da venda da terra, comprei um terreno e tamo começando a constrir nossa nova morada..." (Entrevista informal com morador local. Agosto de 1993).

Os depoimentos aqui apresentados são exemplos sugestivos da problemática agrária catarinense, fruto de uma política agrícola que obriga o trabalhador do campo a

procurar sobrevivência longe de suas origens. Esta política não oferece condições dignas de vida aos trabalhadores e pequenos proprietários rurais, levando-os a um estado de miserabilidade que os força ao abandono do campo. Isso é visualizado na declaração do migrante, quando afirma que, morar numa favela em Florianópolis é superior em qualidade de vida àquela que levava no do campo de um dos Estados considerado entre os mais ricos da nação.

O Brasil, em 1990, segundo estimativas do Instituto de Pesquisas Econômicas - Coordenadoria de Política Social - IPEA/CPS, apresentava um total de 31.679.096 indigentes, dos quais mais de 50% tinham sua situação de domicílio em zona rural, na maioria dos estados brasileiros.(DADOS n.o 16, jul/ago 1993). Em Santa Catarina, o número total naquele ano era estimado em 664.375 pessoas indigentes (2,1% em relação ao total nacional, que era de 31.679.096 indigentes), dos quais 422.831 (63,6%), em Santa Catarina, tinham sua situação de domicílio na zona rural e 241.545 (36,4%), nas regiões urbanas. Estes dados contribuem para esclarecer um pouco mais a questão do crescimento da indigência urbana, como resultante da fuga da situação de miséria rural causada provavelmente por uma política agrária excludente e concentradora da propriedade dos meios de produção.⁶

É importante esclarecer que, segundo o IBGE, no ano de 1993, Santa Catarina já apresentava uma importante concentração populacional urbana, registrando que apenas 25% da população do Estado estavam residindo na área rural. Este quadro reflete o grau de alta miserabilidade da população rural, visto que dois terços do contingente da população miserável do Estado está contido em um quarto de sua população geral.

⁶ Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano, documento produzido por um órgão da ONU empenhado em aferir o grau de desenvolvimento social e econômico de 173 países, em 1960, os países 20% mais ricos eram donos de 30% da renda mundial. Hoje os mesmos 20% detêm mais de 60% da riqueza mundial. (VEJA, Edição 1.343, ano 27 n. 23 jun. 1994.

4.3 - Nasce o sol no Sol Nascente: assim vive o povo do morro.

Um dos perfis dessa população de migrantes que se destinaram à capital do Estado é representado pelo conjunto de moradores que residem na localidade do Sol Nascente, situada na encosta do bairro Saco Grande II⁷. Esta comunidade registra a sua origem histórica há dez anos e acentuou sua formação nos últimos cinco anos com o aumento do processo migratório do interior do Estado e dos Estados vizinhos, principalmente do Paraná. Num processo de ocupação natural, compraram, alugaram ou apossaram-se de terrenos localizados à beira de um dos principais mananciais aquíferos do bairro.

O acesso à comunidade do Sol Nascente se dá através de duas servidões, a partir da rua Vergílio Várzea, no bairro Saco Grande II. Uma destas servidões corta a localidade denominada Morro do Caju e nesse trecho é pavimentada com lajotas de cimento. O outro caminho é despavimentado e inicia com a rua denominada de Pedra Listrada. Este núcleo de moradores não é visualizado à distância, como é a maioria dos morros habitados em Florianópolis. Só o vê quem vai lá. É uma espécie de grotão no morro e, devido a esse acidente geográfico, ficou conhecido até pouco tempo como Buraco do Vino.⁸

A comunidade é constituída de aproximadamente quinhentos habitantes distribuídos em um pouco mais de cem moradias. A maioria das casas é de madeira, quase todas sem pintura, com predominância de apenas dois cômodos.

A população da comunidade é predominantemente jovem. Esta característica é confirmada nos levantamentos realizados na comunidade, os quais demonstram que cerca da metade dos seus habitantes possui menos de 15 anos de idade e bem poucos poucos, mais de cinquenta.

⁷ As informações numéricas referidas ao morro do Sol Nascente estão baseadas nos recenseamentos domiciliares realizados por acadêmicos do Curso de Enfermagem da UFSC, no período 1991/1994 e também em relatório do levantamento realizado pela "Comissão da Água" em conjunto com a UFSC. O resultado destes levantamentos pode ser visualizado com detalhes no trabalho de BRITO. A.M. *et al. Vivenciando do Sol Nascente*. UFSC. Florianópolis: mimeo. 1993.

⁸ A denominação Buraco do Vino ou Morro do Vino, deve-se ao fato das terras que deram origem àquele loteamento terem pertencido ao Sr. Ludovino Amaro, filho de um dos primeiros moradores do Saco Grande, proprietário daquela parcela das encostas do bairro.

A única atividade produtiva da localidade é a extração de pedras das encostas do morro. Cerca de seis famílias vivem dessa atividade. A maioria da população economicamente ativa está empregada fora do bairro, desenvolvendo atividades na construção civil, na categoria de serventes, vigilantes e pedreiros. Aproximadamente a metade da população feminina da comunidade trabalha fora. São empregadas domésticas e faxineiras. As pesquisas de renda familiar realizadas na comunidade demonstram que a maioria das famílias de moradores do Sol Nascente sobrevive com uma renda média em torno de três salários mínimos atuais.

Os dados encontrados sobre a escolaridade da população do Sol Nascente, mostram que nenhum morador da comunidade teve acesso ao ensino universitário, entretanto bem poucos declaram-se analfabetos. A maioria da população refere que não possui o primeiro grau completo. São predominantemente da religião católica, embora a comunidade não possua nenhum templo dessa religião. Os evangélicos são minoria, mas possuem duas casas de oração (igreja dos *crentes*, *assembléia de Deus*) e um dos pastores reside na comunidade. A *igreja dos crentes* é local de oração dos fiéis, mas também de assembléias comunitárias programadas pela AMSOL onde ocorrem discussões calorosas entre todos os moradores indistintamente de qualquer crença religiosa.

Dentre os agravos à saúde da comunidade, a falta de saneamento básico é o que fica mais evidenciado à primeira vista do bairro. É visível pelo esgoto que extravasa das fossas sem sumidouro ou das *fossas negras* construídas à beira dos córregos locais. Uma grande parcela do lixo produzido pela comunidade é destinado aos terrenos baldios, córregos e queimado ou enterrado nos quintais. Somente alguns moradores encaminham o lixo para ser recolhido pela COMCAP na rua geral.

As mangueiras que conduzem água das partes mais altas das cachoeiras para as moradas locais, tem seu principal trajeto no próprio leito dos córregos onde é jogado lixo e dejetos de sanitários. Estas mangueiras apresentam muitas emendas e reparos precários que possibilitam a contaminação fecal da água consumida pelos moradores.

em nível de

O loteamento que deu origem ao núcleo de moradores do Sol Nascente, por ser clandestino, não teve nenhum planejamento urbanístico. As ruas da comunidade são *becos* ou apenas caminhos tortuosos que impossibilitam o tráfego de transporte coletivo, de coleta de lixo ou de abastecimento dos estabelecimentos comerciais. Os veículos que eventualmente chegam na localidade, dependem de clima sem chuvas e dose de coragem de seus condutores.

As casas são construídas nas encostas onde toda a mata foi retirada, facilitando a ocorrência de erosão e desabamentos em dias de chuva. A iluminação pública é parcial, e, na maioria das casas, as instalações elétricas mostram-se improvisadas, possibilitando a ocorrência de acidentes. A umidade é constante em determinada área da moradia, devido a permanência das mangueiras de água abertas para evitar seu rompimento devido à alta pressão a que são submetidas.

Muitos moradores criam animais domésticos para ajudar na alimentação familiar. Chiqueiros de suínos são comuns em quintais próximos aos córregos locais. Criações de galinhas e patos são as mais frequentes, encontramos até uma criação de gado com curral e esterqueira na nascente de uma das cachoeiras que cruzam a comunidade. Nos jardins, além de flores, é comum encontrarmos plantas de uso medicinal. Alguns moradores cultivam hortaliças irrigadas com água da cachoeira.

O trabalho dos cortadores de pedras (*broqueiros*) é realizado em condições precárias de segurança física. Estes trabalhadores não usam nenhum tipo de equipamento de proteção corporal. Alguns trabalham ajudados pela mulher e filhos menores. Manuseiam explosivos de forma amadora, pondo em risco, além de sua integridade física e da família, a dos moradores da comunidade. Trabalham em *minipedreiras* clandestinas que desestabilizam a estrutura geográfica natural das encostas do morro, constituindo-se em grave agressão ao meio ambiente.

Os moradores do Sol Nascente não contam com nenhum serviço de segurança pública. Atos violentos de agressão corporal são pouco comentados pelos moradores.

Há uma espécie de pacto de silêncio sobre a questão da violência. Entretanto, há relatos de homicídio, espancamentos e agressões a mulheres e crianças, principalmente.

Na comunidade não há nenhum espaço público destinado ao lazer individual ou coletivo. Não possui parque infantil, quadra de esporte, dança ou praça pública. Os meninos da comunidade jogam bola em um terreno sob a linha de transmissão elétrica de alta tensão que atravessa o bairro. O lazer dos adultos é limitado ao Bar do Neri, onde eventualmente, é realizado um campeonato de *sinuca*, onde o prêmio é pago em *pinga*. A AMSOL promove alguns encontros festivos, principalmente juninos, onde constroem uma fogueira, fazem bingo para arrecadar fundos para a associação de moradores e vendem bebidas e comidas típicas da época. A arrecadação destes eventos, de acordo com os relatórios da tesouraria da associação, supera muito pouco as despesas e até já foi menor.

O serviços comunitários disponíveis limitam-se a três pequenas casas de comércio, duas casas religiosas Evangélicas e a Associação dos Moradores do Sol Nascente (AMSOL). A comunidade reúne-se eventualmente nestes locais. Entretanto, o local mais procurado é o Bar do Neri, propriedade de um casal jovem que veio do Oeste do Estado. É um minimercado que tornou-se ponto de encontro central da comunidade, que além de comercializar gêneros de primeira necessidade, serve também como local de pequenas reuniões comunitárias, bar e casa de jogo de bilhar. É frequentada por moradores de meia idade, pois os mais jovens preferem os barzinhos da Vergílio Várzea, rua geral do bairro.

Para a maioria da população da comunidade, o cotidiano é de uma luta individualizada pela sobrevivência. Sua condição de ser humano alienado do processo produtivo econômico e social leva-os a uma alienação política, que os distancia cada vez mais de seus direitos de cidadania. Ao saber que estes direitos necessitam ser conquistados

Acreditamos que a organização popular é um caminho importante para a superação das diversas condições de agravos à saúde a que está submetida esta parcela da população. Esta crença nos levou a investir esforços que pudessem facilitar o processo organizativo da comunidade do morro do Sol Nascente.

5 - COMUNIDADE ORGANIZADA É MENOS EXPLORADA.

A escolha do tema "organização popular" é resultante da etapa de investigação temática, ocorrida no desenvolvimento dos trabalhos do grupo com a comunidade. É também decorrente da história de minha prática profissional em atividades junto à coletividade. Esta prática demonstrou que somente a comunidade organizada politicamente consolida seu processo participativo nos direitos de cidadania de seus indivíduos. Por acreditarmos que o fortalecimento da organização popular é um dos meios mais eficientes para reduzir os agravos à saúde da população, direcionamos uma parcela de nossas atividades ao acompanhamento do processo organizativo e participativo da comunidade do morro Sol Nascente, na conquista de seus direitos à saúde.

À medida que refletíamos sobre o processo organizativo popular, concluímos que esta temática está imbricada em todas as formas de união popular e que tem sido denominada genericamente de movimentos sociais (Warren, 1989). Isto nos remete a incluir no estudo das organizações, uma breve reflexão sobre os movimentos sociais, especialmente os que acontecem no espaço urbano, diretamente relacionados à nossa prática. Na área de saúde, o movimento social que uniu os trabalhadores e intelectuais em torno de um projeto que apresentava uma proposta contra-hegemônica ao modelo liberal de atenção à saúde da população brasileira, culminou com o movimento pela Reforma Sanitária:

"Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito

universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado." (Teixeira, 1989, p.39).

No Brasil, a importância que os movimentos sociais representam para o setor saúde está vinculada ao papel desempenhado pelos trabalhadores do setor na luta com outros movimentos populares por melhores condições de vida e saúde. São movimentos populares de bairro que lutam pela moradia, posse da terra, acesso a bens e serviços públicos tais como saneamento ambiental, água tratada, creches, escola, posto de saúde, dentre outros. Estes movimentos agregaram diversos segmentos da população em ajuda mútua para sobrevivência cotidiana, principalmente em áreas urbanas do país. O agravamento das condições de infra-estrutura urbana e os baixos salários foram motivos básicos de projeção destes movimentos no cenário nacional. Outro motivo é o espaço aberto pelos movimentos sociais, como canal de participação popular, considerando que a ordem conjuntural do regime político-militar reprimiu os partidos políticos e sindicatos em geral, após o ano de 1964:

No início da década de setenta, os movimentos sociais eram representados por lutas isoladas para melhorias locais imediatas. A idéia de cidadania ainda não estava associada aos movimentos populares, pois estes eram exclusivamente reivindicatórios. Somente nos anos seguintes é que começam a aparecer elementos que reportam à consciência política, direitos e igualdade entram na pauta de tais movimentos, pois a cidadania no Brasil passa pelo domínio do político e não se limita a aspectos civis e sociais:

"A partir dos anos 70, entram em cena novos sujeitos sociais que passam a propor um novo espaço de discussão de seus problemas, além do sistema de representação política tradicional... a cidadania assume o caráter de uma

construção social, na qual necessariamente se afirmam os direitos"(Goulart, 1993 p.)

Nos anos oitenta configura-se uma aglutinação de organizações locais, cujo opositor principal é o Estado. Estas organizações avançam qualitativamente, deixando as reivindicações isoladas, unificando as demandas populares em torno dos problemas sociais. Com o advento de nova conjuntura política no início da década, ocorrem mudanças em termos de unidade dos movimentos explicitando suas diferenças, principalmente as de cunho político partidárias, que subdividem o movimento, estruturando-o em blocos:

"No novo contexto, a sociedade organizada em associações e movimentos deixou de ser algo marginal ou alternativo; perdeu seu caráter exclusivamente contestador para ganhar um caráter legalista, ordenador e participante das novas regras estabelecidas para o convívio social". (Gohn,1991 p.15).

Neste período, praticamente desaparece o caráter reivindicatório pela cidadania individual. Surgem os grupos organizados, lutando por uma cidadania coletiva plena, representados pelos movimentos sindicais, movimentos populares urbanos e rurais e muitos outros, dos quais destacamos o movimento sanitário como:

"base político-ideológica da Reforma Sanitária, projeto político-sanitário contra-hegemônico ao projeto neoliberal conservador de reciclagem do modelo médico-assistencial privativista" (Mendes, 1993 p.27).

Com o surgimento da articulação política denominada de Nova República, ainda nos anos oitenta, ocorrem governos em alguns Estados, com propostas que estimulam a participação da sociedade civil na gestão de atividades públicas. Relevamos a participação popular nas Conferências de Saúde, onde a saúde é

destacada como direito e a luta como caminho para garantia constitucional desse direito, bem como verifica-se o esforço conjunto do setor saúde pela Reforma Sanitária visando implantar no país:

" um sistema de saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular." (Ibidem p.43).

Para atender as necessidades de saúde da população que se aglomera, principalmente nas periferias das cidades, será necessário viabilizar um sistema que não se limite à resolução de questões de efeito, mas que se proponha atingir as causas determinantes do processo. Para tanto, entendo que um caminho aberto para o enfrentamento desta problemática é a possibilidade de construção de um novo sistema de saúde. Sistema este que, teoricamente, já se encontra garantido constitucionalmente, dentro de uma visão epidemiológica ampliada, onde se apresenta um novo conceito de saúde e doença, no qual a saúde é considerada como um processo social historicamente determinado, que deve ser conquistado pela população, aliada com os trabalhadores de saúde. Isto, no entanto, para ser efetivado na prática exige uma nova postura dos profissionais da área, tanto assistencial, quanto de formação, para entender as necessidades requeridas pelo novo sistema de saúde proposto.

A parceria entre a comunidade, os serviços e os trabalhadores de saúde é, provavelmente, uma das formas que traz em si maiores possibilidades de garantir na prática o que está constituído em lei. Historicamente, um dos momentos mais importantes da participação popular na reformulação de propostas que reorientam o sistema de saúde brasileiro, foi o da 8.a Conferência Nacional de Saúde, que definiu a saúde como **"... direito de todos e dever do Estado"** (Art.196 da Constituição Brasileira).

Este fato demarcou o início de uma nova era em saúde da população, isto é, a participação popular nos serviços de saúde do país. Não uma participação passiva como usuária, mas política, representante da sociedade civil, com força indispensável para fazer com que saiam do papel as conquistas referentes a um sistema único de saúde, público, regionalizado, hierarquizado e com atenção integral.

A única opção de atendimento à saúde que a grande maioria da população brasileira dispõe é o serviço público. Para que esse serviço se transforme qualitativamente e contribua para melhores condições de vida da comunidade, é necessário resgatar sua legitimidade, valorizando-o como uma necessidade coletiva indispensável. Para tanto, será necessário um esforço coletivo da população, juntamente com os serviços e trabalhadores, estabelecendo uma aliança que contribua para o fortalecimento da instituição pública de saúde e atenda às necessidades da comunidade.

Considero que as bases na qual se sustenta a reformulação conceitual em saúde, em que ela é apresentada de forma abrangente, foram expostas na Declaração de Alma-Ata(1978) onde a saúde é considerada como "**direito humano fundamental**" (OMS/UNICEF, 1979 p.2) e passa a ser visualizada de forma ampliada, no conjunto das condições de vida da população. A oitava Conferência Nacional de Saúde avança nessa conceituação, graças aos debates do Movimento Sanitário e delibera:

"A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (MS.1993, p.132).

Este conjunto de direitos, para ser alcançado na prática, necessita ser conquistado conjuntamente com todos os envolvidos no processo: a população com suas diversas formas de organização, os serviços com sua força de trabalho e as instituições públicas que têm o dever de contribuir no atendimento dos direitos do cidadão.

5.1 - O desafio: unificar organizações, superar mutirões.

No bairro do Saco Grande II, desencadeia-se, na atualidade, um processo que se encaminha para a união de esforços a nível local orientado para o atendimento das necessidades de saúde emergentes. Colocam-se numa mesma frente de ação, as organizações comunitárias populares, o serviço local de saúde e as instituições formadoras de recursos humanos e facilitadoras do processo de trabalho em saúde comunitária. Das organizações populares do bairro, que se mobilizam no sentido de uma atuação direta com a UBS, em direção a uma nova visão de saúde, destacamos as diversas associações e o conselho de moradores do bairro. Consideramos a Universidade Federal de Santa Catarina e a Pastoral da Saúde, como instituições facilitadoras das ações desenvolvidas no bairro,

A população do bairro Saco Grande II tem sua organização formalizada em torno de cinco associações de moradores, um conselho e um centro comunitário. As associações de moradores têm sua origem mais recente e se constituíram a partir da organização de seus associados, na busca de atendimento de suas necessidades mais emergentes, tais como: construção de creche, saneamento do meio ambiente, abastecimento de água, pavimentação de ruas, coleta de lixo, entre outras. Já o conselho e centro comunitário são remanescentes da política de ação comunitária do Governo Estadual no bairro.

A Associação Comunitária Loteamento João Gonzaga da Costa - ACOLJOGOC (Barreira do Janga) foi organizada primeiramente em função da necessidade de canalização da água do morro e construção de um reservatório comunitário de água *tratada*.

O principal motivo que levou os moradores da Avenida Manoel Vicente a criarem a Associação Pró-Comunitária Caminho da Cruz - APROCRUZ, deveu-se à luta pelo calçamento da via principal que dá acesso à comunidade.

A Associação de Moradores do Parque da Figueira-AMPAF representa politicamente os moradores do Conjunto Residencial Parque da Figueira e tem como motivo maior de sua história a construção de um centro de educação complementar, para atender escolares de seis a quatorze anos.

Os moradores do Conjunto Habitacional Monte Verde também estão organizados em torno de uma associação. Trata-se da Associação Pró-Comunitária Monte Verde-APROCOM. As razões de sua organização estão relacionadas à construção de uma creche comunitária, encaminhamento de necessidades da população aos serviços públicos e acompanhamento do Projeto Beija-flor¹, desenvolvido em conjunto com a COMCAP, no bairro.

Vivenciamos mais o cotidiano de duas destas organizações em decorrência de nossas atividades junto à unidade de saúde do bairro: a Associação de Moradores do Sol Nascente (AMSOL), por representar o cenário de campo de maior enfoque da UFSC na comunidade e o Conselho Comunitário do Saco Grande II (COMOSG), destacado em virtude de sua localização estrategicamente anexa ao Centro de Saúde, servindo de palco para a maioria de nossas atividades no bairro.

O Conselho de Moradores do Saco Grande II, bem como o Centro Comunitário do Monte Verde-CCMV, tem uma gênese diferenciada das associações de moradores mais recentes. É implantado no bairro, em função da política estadual de formação de

¹ O projeto Beija-flor foi desenvolvido pela COMCAP em parceria com moradores do Conjunto Habitacional Monte Verde e tinha como objetivo principal experienciar um programa de reciclagem do lixo domiciliar na própria comunidade. Atualmente está desativado, mas funcionou durante oito anos, produzindo compostos orgânicos para a horta da cheche e comercializando materiais recicláveis.

Conselhos Comunitários, como resultado de uma proposta de ação comunitária assistencial e de desenvolvimento local. Os Conselhos Comunitários tiveram sua concretização a partir do decreto número 2.840 de 16 de junho de 1977 de autoria do então governador Antonio Carlos Konder Reis (1975-78). O artigo 1.º desse decreto caracteriza os Conselhos Comunitários como:

"organismos destinados a coadjuvar o poder público na execução de tarefas de natureza sócio cultural, visando a integração e o desenvolvimento de comunidade".

Ressaltamos ainda o controle do Estado sobre as ações programadas *para* serem desenvolvidas *na* comunidade. A destinação de verbas públicas para programas sociais estava condicionado à subserviência de seus dirigentes e participantes às regras do poder de Estado. Isso é demonstrado através do que está estabelecido em artigos do decreto que *regulamenta* o funcionamento dos Conselhos Comunitários:

"Art. 2.º - Para efeitos deste decreto, considera-se Conselho Comunitário a associação dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, integrada por membros da mesma comunidade, criada sob a orientação e supervisão do Estado, que tenha as finalidades da estrutura e preencha os demais requisitos previstos nos capítulos seguintes"

"Art. 5.º - parágrafo 3.º - Os associados eleitos para a comissão Diretora e para o Conselho Fiscal terão seus nomes homologados pelo Governador do Estado".

"Art. 7.º - A competência dos órgãos referidos neste capítulo e as atribuições de seus dirigentes serão definidas pelo Estatuto do Conselho Comunitário, elaborado de acordo com o estatuto padrão publicado pela Supervisão da Ação Comunitária".

"Art. 19.o - O Estado não prestará colaboração financeira ao Conselho Comunitário que não estiver inscrito na Supervisão da Ação Comunitária".(*)

A normatização dessas entidades, de acordo com os interesses dos governantes é evidente com a postura de um Estado que apresenta-se como estimulador da organização popular, mas deixa transparecer atitudes de controle da mesma.

Na atualidade ainda são visíveis os resquícios desta política clientelista dos aparelhos do Estado. Isto é comprovado pela presença de políticos ligados às oligarquias dominantes da política estadual e municipal, em reuniões do COMOSG, interessados apenas em manter braços eleitores no bairro.

Machado, ao estudar o processo político-institucional que deu origem aos Conselhos Comunitários em Santa Catarina, descreve uma prática que ainda é insistentemente reproduzida no interior destas instituições comunitárias:

"Se antes, o clientelismo político era exercido pelo líder político mais influente da comunidade com poder de barganha junto ao poder executivo estadual, agora o poder de absorver recursos se vincula à uma entidade considerada de utilidade pública pelo Governo do Estado. Isto não significa que ambas as formas de clientelismo não possam ser acopladas. É o que percebemos quando "coincidentemente" muitos desses líderes políticos passam a compor a diretoria dos Conselhos Comunitários em seus locais de moradia".(Machado, 1990 p.35-36)

Os Conselhos Comunitários recebiam assessoria das Prefeituras Municipais conveniadas com a Secretaria de Bem Estar Social e com a Fundação Catarinense de Desenvolvimento de Comunidade - FUCADESC, que estimulava a criação e apoiava o funcionamento, em todos os municípios catarinenses, de Conselhos Comunitários que se propunham a coadjuvar o Estado na execução de tarefas de natureza sócio-cultural,

(*) Os grifos são nossos.

destinadas a promover a integração e o desenvolvimento de comunidades (Decreto n.º 8558 de 20.08.79).

Em 1985 ocorrem as primeiras mudanças na política social a nível de município. A Prefeitura Municipal de Florianópolis foi assumida interinamente pelo presidente da Câmara Municipal, eleito por um partido de oposição ao do governo do Estado. Este fato levou ao rompimento do convênio Estado/Município e o COMOSG voltou à responsabilidade direta da FUCADESC, a qual foi extinta em 1987 com as mudanças ocorridas no governo Estadual por ocasião da eleição do primeiro governo de oposição desde o golpe de 1964(Müller, 1992).

O Conselho de Moradores do Saco Grande II - COMOSG, foi fundado em 26 de novembro de 1980 e seguiu esta mesma lógica no seu desenvolvimento histórico. A comunidade participou passivamente das atividades programadas à distância de sua realidade.

Em decorrência da desativação da FUCADESC, o COMOSG sofre as consequências da sua dependência total ao Estado e só não é desativado totalmente em função da manutenção do vínculo empregatício de seus funcionários. Segundo o livro de registros de empregados da instituição, inicialmente eram em número de doze. Quando iniciamos nossas atividades no bairro, haviam cinco funcionários trabalhando no COMOSG. Atualmente, somente dois trabalhadores, desempenham atividades na entidade.

As outras organizações populares que congregam moradores do bairro não têm dependência do poder público para sua manutenção. Entretanto tem sua organização formalizada oficialmente de acordo com legislação vigente no país, que normatiza estas associações com vistas a possíveis convênios com o Estado.

A forma de organização dessas associações de moradores é completamente desarticulada entre si e não se evidencia com clareza quais são as bases que sustentam estes movimentos:

"A forma de organização do movimento é a expressão visível de sua práxis. O importante não é o fato de uma organização ser formal ou informal, mas saber como ela estabelece, como se articula em relação à suas bases, qual sua direção, que sentido estabelece para o movimento". (Gohn, 1991, p.40).

Nossa atuação, enquanto trabalhadores de saúde, dá-se na direção que busca aproximar estas organizações à UBS e entre si, para em conjunto desencadear um processo de identificação de necessidades emergentes e construir caminhos que levem a superação das mesmas.

Trabalhar com todas as associações do bairro, na perspectiva de unificação de esforços, é um empreendimento que exige mais que a identificação de suas maneiras de operar. É necessário identificar os objetivos comuns e aglutinar as forças em torno desses objetivos. Isto foi esboçado a partir dos debates do Processo de Orçamento Participativo-POC², que conseguiu reunir a maioria da população organizada do bairro em torno de necessidades comuns em termos de obras que devem constar do Orçamento Municipal, para serem atendidas no ano seguinte.

Os moradores do Sol Nascente tiveram sua organização fortalecida a partir da necessidade de combater os "borrachudos" (*Simulium pertinax*), inseto que incomodava terrivelmente a população local.

Das associações de moradores do bairro Saco Grande II, a AMSOL é, sem dúvida, a que representa a população local mais carente e consegue a maior mobilização com o objetivos de melhorar as condições de vida do morro do Sol

² O Processo de Orçamento Participativo é uma prática adotada pelo governo municipal atual que favorece a participação dos munícipes na discussão do orçamento da cidade. O município é dividido em regiões, que abrange diversos bairros, cujos moradores realizam assembléias para eleger delegados regionais, que vão levantar e priorizar as obras candidatas ao orçamento financeiro do município. As necessidades comunitárias listadas pelos delegados do Orçamento Participativo são encaminhadas ao Conselho do Orçamento Participativo, onde conselheiros eleitos pelos delegados, como representantes regionais, priorizam, orçam e aprovam as principais obras que deverão ser executadas no ano seguinte. A esse respeito ver MENDONÇA, P.M.S. **Avaliação do processo de orçamento com participação popular da Prefeitura Municipal de Florianópolis.** Florianópolis: Dissertação de Mestrado em Administração Pública, UFSC, 1990.

Nascente. A AMSOL é uma organização em consolidação e está no mandato de sua segunda diretoria.

A maioria das atividades desenvolvidas pela AMSOL estão voltadas para a luta pelo atendimento de demandas comunitárias. "*Seu*" Ambrosino é, sem dúvida, a liderança mais expressiva da comunidade e coordena as ações com os moradores, nas diversas atividades promovidas pela associação. Lidera os mutirões comunitários para a limpeza das cachoeiras, para diminuir a proliferação dos "borrachudos". Encarrega-se da aplicação do BTI na cachoeira, de acordo com os prazos determinados pelos técnicos da EPAGRI. Participa dos encaminhamentos da "Comissão da Água", pois é luta dos moradores, a construção de um reservatório de água tratada, rede de abastecimento de água e esgoto sanitário. O mutirão para o calçamento de parte de uma das vias de acesso também é coordenado pela diretoria da associação, assim como a luta pelo telefone público. *Seu* Ambrosino participa também de outras atividades de interesse de todo o bairro Saco Grande II, como delegado do Processo do Orçamento Participativo-POC da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), no qual foi reeleito para seu segundo mandato. No primeiro ano, conseguiu garantir orçamento para a construção de uma creche e calçamento da rua que dá acesso à comunidade.

Na atualidade, muitas das atividades programadas pela AMSOL ainda enfrentam problemas de participação popular na sua execução. A comunidade apresenta-se dividida em dois grupos políticos separados geograficamente pela rua principal do bairro. Uma parcela de moradores é opositora às atividades da diretoria atual por diversos motivos. Estes vão desde o fato de residirem na área geográfica onde se localiza a maioria dos membros da diretoria anterior que participa pouco das atividades promovidas pela diretoria atual, até a ausência de um sistema de informações claras sobre as atividades dessa diretoria. Nas reuniões são expostos estes conflitos, deixando claro as dificuldades da comunidade para encaminhamento consensual de suas necessidades. Estes conflitos são decorrentes de uma consciência ingênua, na qual está historicamente imersa a maioria dessa população, em

consequência de sua alienação de um processo pedagógico e político que facilite a compreensão dos determinantes do problema. Nesses momentos torna-se importante o nosso papel enquanto facilitadores do processo organizativo popular. É neste instante que se torna necessário o estabelecimento da análise da situação existencial do problema, determinando seus elementos constitutivos e a respectiva análise crítica dos mesmos.

Apesar das contradições, a participação é massiva em muitas ocasiões nas quais mesmo os opositores comparecem às reuniões chamadas pela AMSOL. Este fato verificou-se na reunião realizada dia 12 de agosto de 1994, na qual estavam presentes mais de cinquenta moradores, para discutir a compra de um terreno pela comunidade, onde será construído um reservatório de água tratada. A comissão, constituída para arrecadar os fundos necessários à compra, constou também de moradores opositores à diretoria atual. Este fato demonstra que a AMSOL consegue dar encaminhamentos que possibilitam desatar nós críticos que surgem em seu dia-a-dia. Vivenciamos muitos conflitos, que pela ausência de um processo de clareza e diálogo sobre as ações, resultaram em desgaste político para a associação. A medida que o diálogo é possibilitado, surge um processo de *animação popular*,³ estabelece-se um espaço para reflexão das ações entre os diversos atores e os conflitos são reduzidos, possibilitado o encaminhamento para concretização das ações em debate.

A AMSOL, o COMOSG e a UBS foram os principais palcos de nossa representação, como atores convidados para desempenhar papéis de facilitadores do processo de transformação das práticas de saúde no bairro Saco Grande II. Além destes, surgiram outros cenários que se agregaram às três organizações acima, dentre os quais é interessante destacar o papel do Centro de Profissionalização Popular (CPP).

³ *Animação popular* é um termo que foi utilizado pelo MEB nos anos sessenta e caracteriza-se por um processo global que promove o homem através de sua própria ação e *conscientização comunitária*. A população assume seu processo de estruturação como comunidade, a partir de seus elementos de liderança e organiza-se em decorrência da descoberta de seus valores, tomando consciência de si e de sua realidade. "A *animação Popular* é uma tarefa da comunidade. Faz-se através da transformação de um conjunto de indivíduos, que vivem juntos, em uma integração de pessoas que pensam, planejam e agem em comum, buscando atender a todos como membros da comunidade". (FAVERO, 1983, p.205).

O CPP é uma evolução de um programa desenvolvido pela Assessoria de Desenvolvimento Econômico da Prefeitura Municipal de Florianópolis, denominado inicialmente por Unidade Comunitária de Profissionalização e Produção (UCPP). Trata-se de um programa que objetiva geração de emprego e renda a partir de uma espécie de escola profissionalizante instalada nos bolsões miseráveis do município. A unidade do CPP do bairro Saco Grande II está equipada com máquinas próprias para costura industrial e atualmente desenvolve cursos nesta área profissional.

O CPP tem como proposta habilitar profissionalmente parcela da população de *baixa renda*, com criação de um centro de oferta de empregos, além de apoiar iniciativas empresariais para produção e comercialização de bens e produtos. Para efetivação desta proposta conta com a parceria do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI-SC, Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Santa Catarina - SEBRAE-SC, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, Secretaria de Estado da Habitação, Saneamento e Desenvolvimento Comunitário - SHD, Sistema Nacional de Emprego - SINE-SC, Escola Técnica Federal do Estado de Santa Catarina ETFESC e Serviço Social do Comércio - SESC-SC. Estas organizações compõem o Conselho Deliberativo que coordena e supervisiona o projeto. Inicialmente não há participação de representantes da comunidade, ou de organizações dos trabalhadores na coordenação ou supervisão das atividades do CPP. A UBS e o NEPEPS, o COMOSG e a AMSOL tem sido convidados a participar das reuniões programadas pelo CPP no bairro.

Durante a primeira oportunidade de reunião, realizada no COMOSG, em meados do primeiro semestre de 1994, a coordenação CPP discutiu com representantes do bairro e apresentou o projeto para algumas lideranças locais. Os debates ocorridos nesta reunião inicial concluíram pela necessidade de organização de um conselho de bairro, constituído por representantes de todas as organizações populares, para participarem das discussões, coordenação e supervisão do projeto. Apesar de

apresentar-se com características de projeto estruturado dentro de padrões econômicos liberais, pode constituir-se como proposta interessante à comunidade, desde que haja participação da mesma nas discussões e condução de suas atividades.⁴ O conselho do CPP pode constituir-se na primeira oportunidade de aglutinação de todas as associações de moradores do bairro, em torno de um objetivo comum, representado pela discussão da programação das atividades a serem desenvolvidas pelo CPP no bairro.

Avaliando quantitativamente os grupos atuantes no bairro, verifica-se que o mesmo constituiu-se num cenário de ação de diversas organizações políticas e sociais, com múltiplos interesses, os quais devem ser conhecidos e debatidos pela comunidade local. É para esse debate e participação que a população deve preparar-se e é nesta perspectiva que percebemos a importância da organização comunitária a partir de suas bases. Contribuir para o desencadeamento desse processo organizativo unificado é o nosso papel principal, enquanto intelectuais a serviço da comunidade. O referencial de Paulo Freire pode constituir-se no instrumental necessário para clarear caminhos, facilitar encontros e propiciar a superação de situações acríicas e o desvelamento de um novo cenário, no qual fomos intimados a atuar.

5.2 - O ponto de partida

A história de minha caminhada junto à população do bairro Saco Grande II, está relacionada à trajetória de minha vida profissional anterior, como docente envolvido no extencionismo universitário por mais de quinze anos. Foram experiências geograficamente diversas, abrangendo áreas urbanas e rurais em Santa Catarina e na Amazônia. Cursei um processo variado de metodologias de abordagem comunitárias. Inicialmente de forma exclusivamente ativista e acríica, acompanhando propostas governamentais assistencialistas, instituídas via Universidade, nos anos setenta, nos

⁴ Ver PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, Assessoria de Desenvolvimento Econômico. Projeto Centro de Profissionalização Popular _CPP. Florianópolis: mimeo, jul. 1993.

programas CRUTAC, PROJETO RONDON e *CAMPI AVANÇADO*. Estes programas foram concebidos dentro de um contexto político e ideológico nacionalista que priorizava o assistencialismo em áreas de maior tensão social, na ótica do governo, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Eram desenvolvidos, em sua maioria, num processo metodológico centrado no desenvolvimentismo comunitário:

"O desenvolvimento de comunidade - (DC) é um processo pedagógico de ação junto às comunidades (...) destinado a promover a melhoria de vida de toda população comunitária com a participação ativa e se possível por iniciativa da comunidade, mas se esta iniciativa não surgir espontaneamente, por meio do emprego de técnicas que façam surgir e a estimulem a fim de assegurar sua resposta ativa e entusiasta do movimento...(Souza, 1987 p.40).

No início da década de oitenta ocorreram mudanças radicais na metodologia dos projetos em que me achava envolvido. Tive a oportunidade de participar de atividades de educação e saúde junto à população, baseadas numa concepção teórico metodológica que se desenvolviam baseadas em princípios do **materialismo histórico e dialético**⁵. Esta concepção norteava alguns projetos do Movimento Sanitário, inicialmente, em Santa Catarina, depois, em Santarém no Pará. A enfermagem fundamentada neste referencial considera o processo saúde-doença como socialmente determinado, visto que as transformações geradas na saúde são decorrentes das transformações ocorridas em um momento histórico determinado. A saúde é enfocada do ponto de vista coletivo e é determinada pela dinâmica das classes sociais (Queiroz & Egry, 1988).

Para a consecução deste trabalho optei por desenvolver uma proposta que estivesse possivelmente coerente com a minha trajetória profissional dos últimos anos.

⁵ Ver a proposição sobre a metodologia de assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentada no materialismo histórico apresentada por QUEIROZ, Vilma Machado, EGRY, Emiko Yoshikawa. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentada no materialismo histórico e dialético. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.41, n.1, p.26-33, jan./mar. 1988.

Esta opção conduziu-me ao encontro de mais dois colegas mestrandos de enfermagem que também acreditam na importância das atividades de educação popular como instrumental político para conquista de melhores condições de vida e saúde. Animados pelo estudo das metodologias educacionais durante o curso do Mestrado em Enfermagem, especialmente a de Paulo Freire, propomos um projeto de educação popular em saúde numa área periférica urbana de Florianópolis. O objetivo principal deste projeto prevê experienciar na prática de saúde, um referencial metodológico utilizado com sucesso, na área de educação. Outro objetivo é estabelecer uma relação da Universidade com a comunidade de forma diferenciada do assistencialismo tradicional da extensão universitária, através da criação de um espaço que contribua para a formação de recursos humanos em saúde sintonizados com as necessidades do SUS.

Uma grande parcela de minha prática profissional anterior, foi desenvolvida junto a grupos populacionais, intencionado como facilitador de seu processo organizacional, na luta por melhores condições de saúde e vida. Esse fato mais o requerimento acadêmico de um projeto pré-definido para dissertação de mestrado, foi a base que caracterizou minha proposta preliminar de atuação na comunidade, voltado para o seu processo organizativo social e político.

A oportunidade de desenvolver uma prática diferenciada do modelo hegemônico e trabalhar também no processo de **organização política** da população surge com o engajamento a propostas oriundas de profissionais envolvidos no **Movimento Sanitário de Santa Catarina**.

O bairro Saco Grande II foi definido como local para desenvolvimento de nossa proposta, devido ao fato do enfermeiro Amaury Gonzaga, um dos mestrandos do grupo, exercer atividades profissionais na UBS e a mesma constituir-se como campo de estágio de graduação em enfermagem a nível curricular. Apresenta-se como um bairro em expansão populacional, abrigando migrantes de outros municípios e Estados. As necessidades de saúde, tanto assistencial como educacional, são evidenciadas pelos

estagiários e trabalhadores, no serviço de saúde, nos domicílios e nas ruas. Alguns moradores procuraram o posto de saúde para pedir ajuda para resolução de problemas emergentes, tais como, qualidade da água usada por um grupo populacional que habita a encosta de um dos morros do bairro e principalmente buscar meios para controlar a procriação dos **borrachudos**. Este inseto proliferou-se de forma epidêmica, a medida que foi desvastada a mata natural das encostas do morro e beira das cachoeiras e o lixo doméstico jogado nas suas águas correntes.

Na realidade, o ponto de partida de nossa atuação junto à população do bairro deveu-se à necessidade de ajuda manifestada pela comunidade, na tentativa de conseguir apoio dos trabalhadores do posto de saúde para atendimento de suas carências mais emergentes, dentre as quais identificamos o combate aos **borrachudos**.

Trabalhar a partir de um problema formulado é uma característica básica da educação popular proposta por Freire. Para compreensão do problema se requer *reduzi-lo* em seus determinantes, através de um processo reflexivo, analisando-o criticamente de forma que possibilite à coletividade uma visão global do problema. À medida que os indivíduos apreendem os problemas, adquirem maior capacidade de agir sobre os mesmos partindo de forma segura para a sua superação. Entretanto, para que uma proposta com este procedimento metodológico se concretize na prática, é necessário que a coletividade apresente-se com um determinado grau de organização, que possibilite a união de indivíduos em torno do problema identificado.

A superação de problemas coletivos exige esforços coletivos. Partindo dessa premissa dirigimos nossa ação no sentido de acompanhar e contribuir no processo organizativo da população do morro do Sol Nascente, na sua luta pela redução dos agravos à sua saúde. O combate aos "borrachudos" foi o problema motivador inicial de nossa participação, como facilitadores, do processo organizativo da comunidade do Sol Nascente. A evidência do problema e o pedido de ajuda por parte da população local junto à UBS, facilitou nossa inserção nas discussões e possibilitou o desenvolvimento inicial de nosso projeto.

Em meados do mês de abril de 1993, participamos da primeira reunião, com trinta moradores do Sol Nascente. O encontro foi realizada sob a coordenação da diretoria do COMOSG, com participação de trabalhadores da UBS e técnicos da EPAGRI. Os técnicos da EPAGRI, foram convidados pela UBS, para prestar esclarecimentos específicos sobre os **borrachudos** e quais os meios existentes de combate aos mesmos, possíveis de serem aplicados no bairro. Nessa oportunidade colocamos em pauta nossa proposta de trabalho com a comunidade, justificando a escolha do bairro e esclarecendo como seria o seu desenvolvimento e metodologia adotada. Não houve manifestação contrária, nem a favor de nossa presença no bairro. Possivelmente, fomos entendidos inicialmente, como profissionais de saúde vinculados à instituição pública que vem à comunidade para solucionar seus problemas emergentes. Entretanto, este encontro constituiu-se num momento histórico para nossas vidas, que a partir daí imiscuiu-se à vida da comunidade, numa união de esforços que objetivam transformações necessárias no processo de viver de todos os envolvidos.

Esboçava-se neste momento a concretização de uma nova prática na UBS local. Estavam na mesma "roda" e com uma proposta de integração, o "serviço", "a população" e a "instituição formadora". Estes três atores constituem-se como bases indispensáveis à concretização do SUS, preocupação básica de qualquer trabalhador de saúde. Nosso papel é desempenhado no sentido de proporcionar um processo interativo destes atores a nível local do sistema de saúde. Isso não é de todo inédito, pois o decreto 94.654/87, que criou o SUDS, já preconizava:

"a identidade recíproca entre os serviços e a população onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a elas oferecidos e não como simples objetos. De tal forma que a população reconheça nos serviços os seus serviços na população a sua população, criando-se assim uma identificação que de um lado permitirá

a abordagem epidemiológica e de outro o controle social dos serviços" (Valla, 1993 p.71).

O que se apresentava de novo no momento era a presença de uma Universidade diferente do modelo extencionista tradicional, mas de forma inovadora, integrando o ensino, a pesquisa e a extensão universitária ao serviço local de saúde, com possibilidade concreta de participação popular. Por seu lado, o serviço local de saúde, através da municipalização das ações emprende esforços no sentido de romper com o modelo assistencial centrado de atendimento individualizado, curativo e favorecedor do setor médico privado. É um modelo que, a partir de 1991, com o início da implantação da municipalização dos serviços de saúde, procura seguir os princípios norteadores da Reforma Sanitária, definindo as portas de entrada e organizando hierarquicamente os vários níveis da atenção, protegendo e promovendo a saúde da população (PMS, (1993-1997), 1993, p81).

A rede municipal de atendimento à saúde de Florianópolis é composta por um complexo assistencial com 48 (quarenta e oito) unidades básicas de saúde classificadas em duas categorias, de acordo com a complexidades dos serviços oferecidos. São 33 (trinta e três) unidades tipo CS-I e 15 (quinze) tipo CS-II. De acordo com estes critérios, a UBS do bairro Saco Grande II está categorizada como CS-II e seus serviços de atendimento da unidade devem constar de: atendimento básico de enfermagem; serviço de imunizações e coleta de material para exames laboratoriais; consultas de enfermagem e nutrição; atendimentos médico geral e especializado de pediatria, ginecologia e obstetrícia; atendimento odontológico; planejamento familiar e preventivo de câncer ginecológico, serviço de marcação de consultas e exames especializados por telefone e fornecimento de medicamentos básicos. A UBS do Saco Grande II oferece, ainda, campo de estágio para acadêmicos da área da saúde, a nível de graduação e pós-graduação.

Os serviços assistenciais oferecidos à população do bairro, através de sua UBS constam, em sua maioria, de atendimentos ao indivíduo em situação de doença, em

instalações deficientes e improvisadas, com recursos materiais limitados em quantidade e qualidade. Essa prática se dá em decorrência do modelo assistencial vigente na rede de saúde, mas também em virtude da carência de recursos humanos capacitados, técnica e politicamente, para produzir mudanças no modelo atual de atendimento à saúde da população do bairro. Nosso empenho se dá no sentido de ampliar o espaço de ações de caráter coletivo em saúde, a partir da possibilidade de maior inserção da UBS na comunidade e vice-versa. Este foi o nosso papel de maior significado enquanto intelectuais a serviço da coletividade. Não se trata de uma atividade intermediadora do processo participativo, mas integradora e facilitadora da participação popular, na discussão e encaminhamento de questões que envolvem o processo saúde/doença.

Com a presença da Universidade na comunidade, além da vontade política de alguns segmentos do serviço de saúde, abre-se a possibilidade de viabilização de um trânsito de mão-dupla entre a população local e sua UBS. Estabelece-se uma via que possibilita a ultrapassagem dos limites assistenciais, encaminhando-se esforços para a efetivação da amplitude conceitual preconizada para a saúde da população. Esta é uma oportunidade dada para o início do diálogo, que é imperativo, que se estabeleça entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços, para que se garanta na prática as mudanças importantes ao setor.

Mediados pela motivação da *"guerra aos borrachudos"*, desencadeou-se no bairro, um processo interativo Universidade/Comunidade/Serviço de Saúde. A AMSOL reorganiza-se, elegendo nova diretoria, a qual mobiliza a comunidade para contribuir na solução do problema "borrachudo". Nosso papel, enquanto Universidade, é desempenhado no sentido de facilitar o diálogo entre os diversos atores envolvidos no processo de mobilização popular. Foi um processo que se desenvolveu de maneira rápida inicialmente, devido, possivelmente, à necessidade urgente de controlar os borrachudos que agrediam a saúde da comunidade de forma epidêmica. Os técnicos da EPAGRI propuseram repetir no bairro uma experiência de combate aos borrachudos

desenvolvida em áreas rurais de Santa Catarina. Para isso era exigido uma certa organização da população e esta deveria participar da atividade em forma de mutirão comunitário, para limpar os córregos onde procriam as larvas do borrachudo e contribuir com os recursos financeiros necessários à compra de um produto que controla biologicamente a proliferação do inseto.

O mutirão, alheio às situações emergenciais que o justifiquem, é uma prática controvertida de participação popular, que envolve preferencialmente a população trabalhadora, no desenvolvimento de atividades normalmente de responsabilidade pública. A classe trabalhadora é cooptada à participar desta prática, normalmente pela alegação da classe dirigente, da falta de recursos para a execução de obras de cunho social. A perversidade da alegação não está no fato de inexistirem recursos necessários à execução de serviços públicos, e sim, na ocultação do destino que é dado a estes recursos que é direito de todos. Refletimos sobre isso com o grupo de moradores e participantes do projeto e concluímos que é praticamente impossível reverter esta prática que já é institucionalizada até pelos governos progressistas, independente de situações emergenciais.

No caso do morro do Sol Nascente a população aderiu ao mutirão para limpeza das cachoeiras, mas o BTI (*Bacillus thuringiensis israelensis*, produto orgânico, importado de Israel, que controla a proliferação dos borrachudos) foi conseguido junto ao serviço público. Este fato, mesmo que sua importância financeira seja mínima, representa uma conquista política significativa para a população, pois uma parcela a mais de seus direitos foi garantida.

Mutirões para resolução de problemas específicos da área da saúde não são muito comuns. Em decorrência disto, a participação popular só é efetivada se ocorrer um processo de convencimento eficiente, como o desenvolvido pelos técnicos da EPAGRI, que promove desde sessões de vídeo, até viagens para visitar comunidades que foram *beneficiadas* pelo projeto de combate aos borrachudos. Em contrapartida, os

mutirões para obras viárias é uma prática institucionalizada no país, não encontrado muita resistência participativa para esta variedade de mutirão.

Em Florianópolis vislumbra-se uma perspectiva de mudança dessa prática, a partir do momento que foi instituído um processo em que as representações populares estabelecem as prioridades do orçamento público municipal, para a execução de obras também de seu interesse. A comunidade do Sol Nascente, tem pelo segundo ano consecutivo, a representação de um delegado no Processo de Orçamento Participativo da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Sua luta é pela destinação de recursos para construção de obras públicas na comunidade, se possível, independentes da prática de mutirão comunitário, considerando que a população do morro também contribui para a constituição dos recursos do orçamento. Entretanto, este processo que convoca a população para participar politicamente na condução das verbas públicas, segundo Valla (1993), é contraditório, a medida que:

"de um lado legitima a política do Estado diante da população; por outro, significa um canal para que as entidades populares disputem a destinação da verba pública (...) A resolução dessa contradição faz parte de um processo onde as entidades populares precisam manter sua independência, de modo a poder lançar mão de formas de luta que lhes são próprias" (Valla, 1993, p.63).

Em outra perspectiva, torna-se importante analisar o processo participativo numa dimensão que vai além da luta pela conquista do atendimento de determinadas demandas locais. É necessário que a participação também se dê em torno de um processo educativo que possibilite à população local, um entendimento das questões políticas em nível mais global. Para tanto, torna-se necessário a efetivação de ações com uma metodologia que leve a um desvelamento da realidade em que está inserida essa população e favoreça a criação de espaços de transformação mais geral. Para esse segmento social, a luta por transformações maiores, só é possível por dois caminhos

distintos: o primeiro pode ser viabilizado através de movimentos de massa que exerça pressão direta sob o poder local por melhores condições de vida e saúde; o segundo seria resultante da reflexão da ação empreendida sobre essa realidade local. A apreensão dessa realidade pode provocar transformações capazes de se irradiarem para um nível mais amplo da sociedade, possibilitando lutas por mudanças políticas globais, que atendam os interesses da maioria trabalhadora.

Os debates que culminaram com a efetivação do projeto que controlou a proliferação dos borrachudos na comunidade abriram espaços para a identificação de uma série de temas relativos ao processo saúde/doença da população. Emergiram desde questões de saneamento básico e preservação ambiental, até as de educação básica, transporte coletivo no morro, segurança e comunicação pública. Percebe-se, na prática, que o tema geral é uma chave de abordagem que expõe a problemática mais ampla da comunidade e, à medida que é enfrentado, abre possibilidades de desencadeamento de um processo de lutas pela superação de problemas comuns, de maneira crítica e com encaminhamentos politicamente corretos.

Por não possuir um espaço apropriado para reuniões na comunidade, a maioria das reuniões foi realizada na sede da Igreja Assembléia de Deus do Sol Nascente e na sede do COMOSG. Em relação ao COMOSG observa-se que a maioria das reuniões ali realizadas nos últimos meses foram de iniciativa ou com participação da AMSOL, para discutir temas de interesse da população do Sol Nascente. O espaço físico do COMOSG transformou-se num importante espaço político aberto à toda comunidade do bairro, devido sua proximidade à UBS e às constantes reuniões para debate e encaminhamento dos temas emergidos.

5.3 - Para além dos borrachudos: uma coisa puxou outra.

À medida que se procedia a reflexão das atividades comunitárias, novos temas eram elencados para o debate e encaminhamentos. A maioria deles estava relacionada à necessidade de luta por melhores condições de saúde, tais como: distribuição e tratamento da água com qualidade e quantidade; abertura e pavimentação de vias de acesso aos morros do bairro; viabilização de um sistema de coleta de lixo que possa atender mais sistematicamente os núcleos de moradores dos morros; preservação do ambiente natural das encostas, principalmente aqueles próximos às nascentes aquíferas, dentre outros.

A população em geral engaja-se com certa facilidade na maioria das mobilizações de atividades que dizem respeito ao seu cotidiano imediato. Entretanto, caracteriza-se por uma participação ativa compulsória, em função da emergência da maioria destes problemas, os quais resolvidos, são esquecidos sem identificação e compreensão da origem de seus determinantes.

A ausência de um processo reflexivo sobre as origens dos agravos à saúde da população determina a efemeridade de sua ação sobre estes problemas. O rompimento dessa prática ativista imediata é uma tarefa extremamente difícil, considerando que historicamente, a maioria da população trabalhadora brasileira foi excluída de qualquer possibilidade de refletir sobre sua prática. Está absorta em sua luta pela sobrevivência imediata, imposta por um modelo econômico alienante e decorrente da inexistência de um processo educativo de massa que atenda uma necessidade dessa magnitude.

O rompimento dessa alienação recebeu importante contribuição a nível de massa, através da proposta de Paulo Freire. O método de alfabetização política desse educador encontrou ressonância imediata em muitas partes do mundo, entretanto, feria gravemente os interesses dos detentores do poder político no Brasil, subserviente do modelo econômico excludente, por isso foi condenado e banido como proposta

educativa popular. Com o enfraquecimento do poder pela força imposto ao país retorna a possibilidade de retomada da educação política *conscientizadora*, proposta por Freire. Foi com essa expectativa que, atualmente, concentramos esforços no bairro, no intuito de favorecer o surgimento de grupos que se constituíssem como espaço aberto aos debates dos temas de interesse da saúde da comunidade.

Nossa experiência, adquirida em outras atividades similares, nos conduziu para a concentração de ações junto aos atores que estão tradicionalmente excluídos do processo educativo e que, conseqüentemente, apresentam maior dificuldade de mobilização e organização de encontros para reflexões sobre sua prática.

Algumas lideranças comunitárias haviam participado de encontros promovidos pela Pastoral da Saúde, nos quais era dado incentivo à população para o uso de plantas medicinais no tratamento de doenças. Ao tomarem conhecimento de que eu havia tido a oportunidade de também ter acompanhado grupos comunitários que trabalhavam com plantas medicinais, convidaram-me a participar de uma reunião de mulheres que era realizada sistematicamente no COMOSG, para produção de artesanatos. A partir de algumas mulheres desse grupo iniciamos o primeiro grupo de estudo de plantas medicinais do bairro, como espaço para reflexão de problemas que permeiam a vida e a saúde da comunidade.

6 - RESGATANDO CULTURA, APREENDENDO SAÚDE

Minha origem camponesa é, possivelmente, o maior motivo do interesse que ainda guardo até hoje pelas plantas medicinais, mesmo depois de vinte e cinco anos que migrei do campo. As práticas de autoassistência eram comuns entre as famílias de lavradores, descendentes de imigrantes poloneses que colonizaram o sul do Estado do Paraná. Neste ambiente convivi com muitas práticas de cura com plantas medicinais, tanto de uso humano como animal. Meu pai ensinou-me a mascar *jaguarandi*¹, quando estava com dor de dente. Muitas vezes ajudei a colher cascas de *pau amargo*, usadas para lavar ferimentos dos animais ou torrar casca de *cataia* e misturar na ração dos cavalos, para evitar *garrotilho*². Na juventude deixei o campo para estudos universitários e praticamente abandonei a maioria daqueles conhecimentos, de medicina tradicional, adquiridos na infância rural, superados pelo poder do conhecimento sistematizado incorporado na Universidade.

Durante o tempo que trabalhei na Amazônia, junto ao Campus Avançado de Santarém, tive a oportunidade de maior aproximação com pessoas que estudavam e usavam plantas medicinais para tratar doenças. O motivo de meu interesse por esse assunto não foi tornar-me um especialista em fitoterapia e, sim, aproveitar a possibilidade que o assunto oferece para facilitar a reunião de pessoas, em torno de um assunto relativo à cultura popular em saúde. Outra razão é a importância que essa prática representa para o atendimento à saúde, paralelamente ao sistema oficial, através dos sistemas populares de cura tradicionais, com seus curandeiros, rezadores, *xamãs*, religiosos e leigos, com suas práticas holísticas que necessitam ser preservadas e resgatadas na sua essência. Uma terceira justificativa está relacionada à preservação

¹ Esta planta é também conhecida como Pariparoba, Caapeba ou Catajé (*Piper umbelatum*), tem várias indicações medicamentosas, dentre as quais, para odontalgia, mastigando-se suas folhas tem-se a sensação anestésica local.

² *Pau amargo* e *cataia*, são nomes populares de plantas nativas encontradas no planalto norte catarinense e no sul do Paraná, usadas no tratamento e prevenção de algumas moléstias humanas e animais. *Garrotilho* era o nome de uma doença que ataca os equinos e é preventivamente tratada com casca de *cataia* torrada e triturada adicionada à ração.

das espécies de plantas medicinais encontradas nas matas das encostas dos morros do bairro, verdadeiras farmácias, muitas em perigo de extinção devido ao desmatamento para implantação de pastagens bovinas, loteamentos e condomínios residenciais.

A prática de reunir pessoas para discutir o preparo, uso e cultivo de plantas medicinais com objetivo de resgate dessa arte popular de cura, e também, criar um espaço para reflexões sobre cultura e saúde popular numa dimensão política, foi desenvolvida principalmente pelo Movimento de Educação de Base (MEB), em programas de educação popular desenvolvidos nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, a partir da década de sessenta. Entretanto, a história da prática de curar com plantas acompanha a história da humanidade e a luta do homem em seus enfrentamentos pela preservação da vida.

6.1 - Um breve relato da arte de curar com plantas.

Acredita-se que a fitoterapia, dentre outras práticas tradicionais do sistema popular de curas, seja tão antiga quanto a própria humanidade. Por muitos séculos, tanto a medicina ocidental quanto a oriental árabe ou chinesa tiveram seus sistemas de curas sustentados em práticas fitoterápicas. Somente a partir de 1828, quando o químico alemão Friedrich Wohler produziu a síntese da uréia, a partir de um composto inorgânico, o cianato de amônio, é que ocorreram mudanças substanciais no tratamento medicamentoso das doenças (Enciclopédia Mirador Internacional, 1983).

A arte de curar teve sua evolução associando práticas médicas, religiosas e místicas, na qual as plantas adquiriram importância fundamental por suas propriedades terapêuticas, tanto medicamentosas quanto mágicas. A China é considerado o país das plantas medicinais; lá foram encontrados relatos de curas através de plantas, há três mil anos antes de Cristo. Nesse país a raiz de ginseng é consagrada como curativa de muitos males; referem-se ainda as virtudes de plantas como o ruibarbo, acônito e cânfora. Entretanto, um dos documentos históricos mais

importantes, que trata do uso de plantas medicinais é o papiro de Ebers, escrito provavelmente entre os anos 1553-1550 a.C., o qual menciona as práticas herboristas do antigo Egito, descrevendo mais de mil receitas, sendo são citados tratamentos com mel, cebola, sementes de linho, funcho (erva doce), aloé, babosa, rícino, ópio, dentre outros (Alzugaray D. & Alzugaray C., 1983).

Os assírios e hebreus cultivaram diversas plantas úteis, destacando o incenso e a mirra e outras aromáticas, usadas como tinturas, unguentos e em rituais mágicos, religiosos e de sacrifício. Na Grécia antiga, Hipócrates (460-377 a.C.), na sua obra "Corpus Hippocraticum", indicou para cada enfermidade descrita um remédio vegetal adequado. Os tratados médicos gregos realizaram avanços na identificação de plantas e suas propriedades terapêuticas, principalmente através de Dioscórides, um médico grego que vivia em Roma no século I d.C., que descreveu seiscentas plantas medicinais. Nesse mesmo século viveu Plínio, o Velho, que em sua enciclopédia catalogou plantas úteis à medicina de maneira que para cada enfermidade havia uma planta específica para tratamento. Já na Idade Média, aparece no mundo árabe, o médico mais ilustre do Islã, Avicena, que se torna mais famoso que Hipócrates ou Galeno e contribui para estabelecer a distinção entre medicina e farmácia e a difusão de diversas plantas medicinais na Europa. No comércio entre Oriente e Ocidente destaca-se o de ervas e especiarias, principalmente cravo, canela, gengibre, cardamomo e pimenta (Balbach, 9.a ed. s/d).

No Brasil, os primeiros viajantes surpreenderam-se pelo número imenso de ervas medicinais conhecidas pelos índios, que eram usadas de forma simples, ou seja, uma erva para cada doença em vez de combinações diversas, como os europeus. Os índios sul americanos dominavam um conhecimento completo sobre as propriedades medicinais de seu ambiente botânico. Para doenças internas administravam um emético, seguido de um purgativo. Dos vários eméticos usados pelos índios brasileiros, destaca-se a ipeca, que até os dias de hoje tem uso amplo na farmácia industrializada. Como purgativos usavam diversas espécies de nozes; contra verminose, a gameleira

branca; para cicatrizar ferimentos, usavam além de bálsamos diversos, as sementes de tupixaba esmagada. Possuíam conhecimentos sobre ervas adstringentes, anti-hemorrágicas, para conjuntivites, febrífugos, antidiarréicos, sedativos, afrodisíacos, anticoncepcionais, antimaláricos, antiescorbúticos, antídotos contra envenenamentos e picadas de animais peçonhentos, entre muitos outros (Lévi-Strauss, 1987).

Depois da colonização, o conhecimento da medicina indígena sul americana soma-se às práticas fitoterápicas européias, que já tinham incorporado o uso de plantas do oriente asiático e da África. Os portugueses introduziram na farmacopéia brasileira inúmeras plantas de origens extracontinentais. A cultura negra também contribuiu para ampliar o uso de plantas na medicina popular brasileira. Contemporaneamente o número de plantas medicinais, consagradas pelo uso popular, chega a milhares, descritas em volumes enciclopédicos populares ou em publicações periódicas diversas, todas de importância significativa para o atendimento a saúde da população. Também foi ampliado o volume de produções científicas, aumentando visivelmente o conhecimento sistematizado do assunto. A saúde passa a ser concebida numa perspectiva holística e se busca uma medicina menos artificial, com valorização das práticas culturais populares. Grupos religiosos tradicionais passam a promover o uso de plantas medicinais através de seus programas assistenciais e ou de evangelização. Instituições internacionais de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), recomendam aos governos que adotem práticas fitoterápicas em seus programas nacionais, estaduais e municipais de saúde. Estas recomendações foram ratificadas nas deliberações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, no Brasil.

6.2 - O Grupo de Estudo de Plantas Mediciniais: cenário, atores e papéis.

O Grupo de Estudos de Plantas Mediciniais, emergiu a partir da discussão dos temas relacionados à saúde da população do bairro Saco Grande II. Suas primeiras

atividades foram desenvolvidas com mulheres participantes do grupo de artesanato do COMOSG. Atualmente é composto por moradores dos diversos núcleos populacionais do bairro, cujo objetivo principal é reunir pessoas, interessadas ou não, em resgatar e manter a arte de curar com o uso de plantas medicinais. O importante é oportunizar encontros, identificar temas de interesse comum que podem, eventualmente, encaminhar-se para debates sobre o processo de saúde/doença da comunidade. É um espaço aberto à população local para discutir saúde a partir de temas de seu interesse. O escolhido, neste caso, foi o estudo de plantas medicinais usadas no sistema de curas populares do bairro. Fui convidado para participar no grupo, possivelmente devido a minha história de alguma prática anterior sobre o assunto, decorrente de atividades extensionistas no Grupo de Estudos Fitoterápicos da UFSC³ e de ensino na Disciplina de Métodos Terapêuticos Alternativos, do Curso de Enfermagem da UFSC.

Paralelamente ao sistema oficial de atendimento à saúde da população, estão muito presentes ainda no bairro, as práticas populares de cura, principalmente aquelas relativas ao uso de plantas medicinais. A maioria das casas do bairro possuem em seu jardins, hortas ou pomares, alguma espécie de planta medicinal, sendo comum a troca de mudas e receitas medicinais entre a população.

Ao nos propormos a atuar como "facilitadores" nas discussões com o grupo, foi com a intenção de fortalecer este espaço "cultural" da comunidade com possibilidade de ampliar o processo educativo em saúde como um todo. Nosso papel apresenta-se como de mediação intelectual, numa perspectiva *orgânica*, no sentido de contribuir para a organização e autonomia definitiva do grupo, em que o ponto de partida são as práticas populares e não o saber sistematizado.

Nossa posição no grupo foi explicitada claramente no sentido de sermos entendidos como *agentes externos*, que não se apresentam como repassadores do saber

³ 1 -O Grupo de Estudos Fitoterápicos de Florianópolis, integrava, na década de oitenta, profissionais interessados no estudo de plantas medicinais usadas no tratamento de doenças. Eram em sua maioria vinculados à UFSC, como professores e técnicos das áreas de Enfermagem, Medicina, Antropologia, Fisiologia, Agronomia, Farmácia e Bioquímica, mas também incluía pesquisadores independentes e leigos da comunidade, interessados em estudos fitoterápicos.

específico sistematizado, mas sim como animadores na troca de saberes. Evidentemente que também desempenhamos o papel de intelectual, representante de uma instituição detentora do conhecimento formal e que se apresenta na comunidade intencionalmente, numa tentativa de democratização deste saber sistematizado. Entretanto, nossa intenção primeira, foi estabelecer um processo dialógico que discutisse a cultura popular⁴ em saúde através de um grupo de estudos da fitoterapia. O objetivo foi o de promover uma aproximação da medicina popular à *oficial*, criando um espaço interativo entre comunidade e serviço de saúde. A Universidade facilita o processo através de ações esclarecedoras às indagações originadas nas discussões de grupo, através de suporte técnico de áreas específicas, como Enfermagem, Medicina, Ciências Farmacêuticas, Antropologia e Botânica.

O compromisso que assumimos junto ao grupo é norteado na atuação profissional de acordo com concepções de Gramsci (1989, p.21) a respeito do papel do intelectual na comunidade:

"uma massa não se organiza sem que o aspecto teórico da ligação teoria-prática se distinga concretamente em um estrato de pessoas *especializadas* na elaboração conceitual e filosófica".

Gramsci delimita o conceito de intelectual em dois sentidos: uma conceituação de caráter sociológico, onde o intelectual é visto como *orgânico*, e é categorizado em função da sua ocupação dentro da *estrutura social*; outra decorrente do papel funcional que desempenha no *processo social* onde é caracterizado como *tradicional* (Wanderley, 1984).

⁴ Não é objeto de nosso estudo discutir a cultura ou os padrões culturais eruditos e populares em saúde. O uso do termo **cultura popular** expressa neste relato a cultura das classes trabalhadoras das periferias urbanas, especialmente àquelas que migraram da área rural, trazendo de lá suas práticas culturais, dentre as quais destacam-se os processos de cura com plantas medicinais. É também nosso objetivo fortalecer essa prática cultural na classe trabalhadora, considerando que a mesma já se encontra apropriada e mercantilizada pela classe dominante.

Quando desempenhamos papéis como profissional de saúde que aborda uma determinada população com o compromisso de contribuir no seu processo educativo em saúde, considero importante discutir o papel do enfermeiro e sua prática, enquanto intelectual orgânico inserido no cotidiano da população, contribuindo na sua organização e desempenhando papéis que contribuam para aumentar sua percepção de mundo e elevar a consciência crítica de sua situação no mundo:

"O intelectual tem por função homogeneizar a concepção do mundo da classe à qual está organicamente ligado, isto é, positivamente, de fazer corresponder esta concepção à função objetiva desta classe numa situação historicamente determinada ou, negativamente, de tornar autônoma, expulsando desta concepção tudo que é estranho. O intelectual não é pois o reflexo da classe social: ele desempenha um papel positivo para tornar mais homogênea a concepção naturalmente heteróclita de classe" (Piotte, 1975, Apud Mochcovitch, 1990 p.18).

Existem grandes intelectuais considerados orgânicos, dentre os quais destacamos Marx, Engels e o próprio Gramsci, que contribuíram decisivamente nos rumos da história. Contudo não podemos esquecer os intelectuais do dia-a-dia, representados pelos trabalhadores, dirigentes e organizadores, comprometidos com a população. Estes, através de sua prática, coerente com suas concepções filosóficas, podem transformá-la num importante instrumento de mudança da realidade social.

Gramsci (1989, p.27) enumera duas formas de atuação do intelectual orgânico num movimento cultural:

"... não se cansar jamais de repetir os próprios argumentos (variando literariamente sua forma): a repetição é o meio

idático mais eficaz para agir sobre a mentalidade popular; (...) trabalhar incessantemente para elevar intelectualmente camadas populares cada vez mais vastas, isto é, dar personalidade ao amorfo elemento de massa, o que significa trabalhar na criação de elite de intelectuais de novo tipo, que surjam diretamente da massa e que permaneçam em contato com ela para tornarem-se seus sustentáculos".

Note-se que o filósofo destaca como meio didático de atuação massiva o processo repetitivo dos argumentos na ação sobre a mentalidade popular. É necessário não confundir esta maneira de atuação do intelectual orgânico com o *educador bancário* de Freire. Interpreto que o processo repetitivo citado deva ser de conteúdos filosóficos bem discutidos e argumentados. **"A adesão ou não adesão de massas a uma ideologia é o modo pelo qual se verifica a crítica real da racionalidade e historicidade dos modos de pensar"** (Ibd, p.28).

A educação bancária apresenta-se como forma de inculcação de um conhecimento elaborado à revelia do educando e lhe é imposto. **"Nela, o educador aparece como seu indiscutível agente, como seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é encher os educandos dos conteúdos de sua narração"**. (Freire, 1983, p.65)

Atualmente, um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais que se dispõem a trabalhar em atividades de educação popular é a questão da abordagem comunitária de acordo com princípios que não conduzam a comunidade sob a ótica exclusiva do intelectual. Por isso a nossa inquietação enquanto educadores está centrada numa postura que tenta evitar a prática que Paulo Freire denomina de *invasão cultural*, assim caracterizada pelo autor:

"a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão de mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ou inibem sua expansão (...)

indiscutivelmente alienante, realizada maciamente ou não, é sempre uma violência ao ser da cultura invadida, que perde sua originalidade ou se vê ameaçado de perdê-la." (Freire, 1983 p.178).

Mesmo com a preocupação prévia no sentido de não interferência na cultura popular, só o fato da nossa presença na comunidade já caracteriza essa invasão, ainda que na melhor das intenções. Intencionados ou não, acabamos sendo de fato os protagonistas da ação, pois o processo pedagógico acaba girando em torno do educador e não do povo. Aí corremos o perigo de estar contribuindo para a transformação da cultura popular, de acordo com os interesses da ideologia dominante.⁵ O que temos a fazer, então, é mostrar intento no sentido de minimizar esse processo invasivo, transformando esta invasão numa luta pela cidadania usando como arma o *diálogo*, conquistando a comunidade e estabelecendo com ela um processo *cambiante* de visões de mundo e propondo ações concretas que, avaliadas em conjunto, possam produzir as transformações desejadas por todos.

Quando nos aproximamos da população do bairro Saco Grande II, tínhamos consciência desse fato não ser por acaso. Acreditamos que a história de nossa atuação em trabalhos com população foi determinante para que isso ocorresse. A metodologia desenvolvida pelo grupo, em que Paulo Freire é o principal facilitador, também não foi por acaso, pois mesmo antes de intencionarmos o uso de seu *itinerário* com referencial metodológico acadêmico, possivelmente ele já sustentava nossa prática em outros projetos, nos quais atuávamos numa abordagem dialógica com a comunidade.

Esta proposta de trabalhar em grupo, com um determinado interesse cultural, não é inédita, entretanto, o campo nos pareceu favorável para desenvolvermos a

⁵ Segundo Canclini *apud Minayo*, "a interferência da ideologia dominante sobre as culturas populares não se dá pela eliminação; ela tende, ao contrário, a se apropriar delas, reestruturá-las, reorganizando o significado e a função de seus objetos, de suas crenças e de suas práticas". Ver MINAYO, M.C.S. Cultura: tradição e contradição: uma contribuição da Antropologia para se pensar educação e saúde. In: MELO, J.A.C. (org). Educação: razão e paixão. Rio de Janeiro: ENSP, 1993.

experiência no bairro. Ela é oriunda da prática de educação popular desenvolvida por Paulo Freire, especialmente denominada de "Círculos de Cultura" (Freire, 1980), adotada principalmente pelo Movimento de Educação de Base - MEB⁶, organização com a qual tivemos parceria de trabalho em extensão universitária na Amazônia. O MEB desenvolvia suas atividades integrando cultura, educação, conscientização e cultura popular. Sua proposta educativa visava subsidiar a população com elementos que a motivassem para:

" tomar consciência de si mesmos e. daí, pela própria iniciativa, crescer, ascender em todos os níveis, descobrir seus próprios valores e aprender a lutar para a obtenção do que considere serem seus direitos"(Wandeley, 1984 p.327).

Os "Círculos de Cultura" têm sua origem nos anos sessenta, quando Paulo Freire se engaja no "Movimento de Cultura Popular" e coordena um projeto denominado "Círculos de Cultura" e "Centros de Cultura". Era uma experiência que reunia de três a vinte pessoas, sem temas *a priori*, onde o mediador tratava a temática que o grupo propunha, mas acrescentava outros temas para melhor esclarecer o tema geral sugerido pelo grupo popular:

"Uma das tarefas do chamado intelectual que a gente pode ser, uma delas é exatamente ver que, entre o tema "A" proposto pelo grupo e o tema "B", haveria um tema "A-B". Precisariamos de algo que nos possibilitasse a passagem da

⁶ O Movimento de Educação de Base (MEB) constuiu-se como um programa de educação popular radiofônica, organizado pelo episcopado católico brasileiro, e coordenado pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a partir das arquidioceses de Natal e Aracaju. O programa MEB ganhou caráter oficial pelo Decreto Governamental n.º 50.370 de 21 de março de 1961. Para maior compreensão da estrutura do MEB, ver WANDERLEY, L.E. **Educar para transformar**. Petrópolis: Vozes, 1984.

fronteira entre o "A "e o "B". E isso é um trabalho do educador comprometido. É ele ver como é possível viabilizar a compreensão mais crítica da temática proposta pelo povo. Isso era o *círculo de cultura*."(Freire & Betto, 1988 p. 14).

Nossa atuação no Grupo de Estudos de Plantas Medicinais, baseou-se, então, numa perspectiva freireana de ação educativa modelada na experiência dos "Círculos de Cultura", onde desempenhamos o papel de animadores do grupo, respeitando seus saberes e crenças.

"O respeito, então, ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural. A localidade dos educandos é o ponto de partida para o conhecimento que eles vão criando do mundo. "Seu" mundo, em última análise é a primeira e inevitável face do mundo mesmo... Sua fala, sua forma de contar, de calcular, seus saberes em torno do chamado outro mundo, sua religiosidade, seus saberes em torno da saúde, do corpo, da sexualidade, da morte, da força dos santos, dos conjuros." (Freire, 1993, p.86).

Antes mesmo de completar seu primeiro ano de existência, o Grupo de Estudo de Plantas Medicinais do bairro do Saco Grande II caracterizou-se como um espaço da maior importância para a consolidação da relação Universidade e Comunidade. Isto é devido ao fato do grupo representar a primeira efetivação de uma proposta participativa popular no serviço local de saúde, facilitado pela presença de professores e acadêmicos da UFSC.⁷ Ao estudar a nomenclatura popular, indicações e

⁷ A partir do início do ano de 1994, a nossa atividade junto ao Grupo de Plantas Medicinais do bairro Saco Grande II, transformou-se em atividade de extensão universitária do Departamento de Enfermagem da UFSC, em projeto que integra o NEPEPS, com o nome de "**Grupo de resgate da cultura popular na arte de curar com plantas medicinais**". O projeto é desenvolvido em parceria com a Pastoral da Saúde, COMOSG e UBS e reúne quinzenalmente cerca de vinte pessoas interessadas em discutir saúde sob a ótica da cultura popular e sua contribuição ao SUS.

formas de preparo de plantas de uso medicinal, problematizava-se também os determinantes das doenças que eram tratadas por estas plantas e quais as possibilidades de ação do grupo para reduzir seus agravos. Estes debates têm motivado a participação do grupo em outros eventos educativos em saúde no bairro e em outras comunidades.

Considerando que os problemas de saúde ultrapassam os limites de resolutividade dos serviços, discutimos a possibilidade de adesão do grupo em ações conjuntas com a UBS e NEPEPS, prioritariamente as possíveis de resolução, mas respeitando as limitações de cada participante. Após a discussão dessa questão, alguns elementos engajaram-se, juntamente com a UBS, noutros programas especializados, tais como a Pastoral da Criança, Aleitamento Materno e campanhas educativas de massa nos dias de campanha vacinal. São novos papéis desempenhados à partir do conhecimento apreendido nas reflexões do grupo. São papéis educativos importantes, que efetivam, na prática, o conhecimento produzido no grupo de estudos fitoterápicos, numa perspectiva diferenciada da proposta original desses programas. Esse engajamento pode ser entendido como um exercício de solidariedade e cidadania, resultante de um entendimento maior do indivíduo sobre a sua realidade e a importância de partir para ações concretas que objetivem transformações radicais a nível local, com possibilidade de irradiação para mudanças sociais e políticas globais.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do projeto "**Para além do borrachudo: uma coisa puxa a outra**", (Gonzaga, A.A., Eidemann I.T.S. , Wosny, A.M., 1993) que deu origem a este trabalho, inicialmente, atendeu a exigência da disciplina de "Prática Assistencial de Enfermagem", constante no currículo do Curso de "Mestrado em Assistência de Enfermagem". Como autores do projeto em epígrafe, considerando a importância de aprofundar a questão da educação e saúde na comunidade, tanto para o aparelho formador de recursos humanos em saúde, como para os trabalhadores da rede básica de saúde, concluímos que o relato desta experiência poderia contribuir de alguma maneira significativa na construção do SUS a nível local, especialmente, no aprimoramento profissional de enfermagem.

O projeto foi pensado, inicialmente, para atender os requerimentos acadêmicos, entretanto acreditamos na possibilidade de continuidade do mesmo, após a defesa deste relato na conclusão de nossa jornada de mestrandos. Isso foi vislumbrado, devido às nossas atividades profissionais cotidianas, que se apresentaram estratégicas, no momento. Isto é, um dos participantes, o Amaury coordenava o serviço de saúde do bairro, eu era docente extensionista do departamento de Enfermagem, que já desenvolvia projetos de ensino e extensão no bairro e Ivonete, mesmo não tendo nenhum vínculo empregatício, assumiu compromisso de acompanhar, pelo menos temporariamente, as atividades do projeto na comunidade.¹

Quando optamos pelo referencial de Paulo Freire, como suporte metodológico, tínhamos consciência de que nossa proposta era predominantemente política e que, da maneira como foi discutida, provavelmente, não findaria com nossa saída da

¹ Sugerimos como leitura complementar dessa dissertação os trabalhos de HEIDEMANN, Ivonete T.S.B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa.** Florianópolis: UFSC, 1995. 170 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994 e de GONZAGA, Amaury A. **Educação popular em saúde: do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas e saúde.** Florianópolis: UFSC, 1995. 81 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

comunidade. Entretanto, todo projeto político que pretende consolidar-se pelo processo educativo, demanda espaços temporais que não podem ser previstos. A aproximação com a comunidade, a investigação dos temas, os debates e encaminhamentos exigem disposição de tempo amplo, por parte dos diversos atores envolvidos no processo, para que as ações propostas sejam concretizadas de forma sólida e transformadora. Para tanto, somente foi previsto um tempo determinado para conclusão do projeto acadêmico. Quanto ao projeto político, o qual demanda tempo indeterminado, prevemos continuidade do mesmo, via serviço local e extensão universitária.

Visualizamos, neste projeto, a possibilidade de contribuir decisivamente na transformação das práticas de saúde, a partir da sua atenção primária, tanto a nível assistencial, quanto de formação de recursos humanos. Para isso, a discussão da inserção da Universidade na sociedade se fez necessária, com proposição de redefinição de alguns de seus papéis, principalmente aqueles relativos à questão dos recursos humanos em saúde, propostos nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde. A presença da Universidade no bairro, abre caminhos para concretização de alguns princípios que contribuirão para a efetivação do SUS local, especialmente relacionados à formação profissional de acordo com a realidade social onde estão inseridos os serviços de saúde.

Optei pelo trabalho com as organizações do movimento popular do bairro, considerando que o processo educativo é lento e deve ser realizado, preferencialmente, de forma coletiva. Minha prática anterior em atividades de enfermagem em projetos de extensão universitária foi, em sua maioria, voltada para o processo organizativo da comunidade, visando transformações em sua realidade concreta, a partir de lutas para atendimento de suas necessidades mais emergentes. Neste projeto, facilitado pelo ganho de consciência política que a metodologia adotada proporcionou ao grupo, desenvolvo minhas atividades de forma diferenciada das tradicionais, problematizando os temas em conjunto com as organizações, de forma que o processo de superação dos mesmos resulte em ganhos de consciência crítica individual e coletiva.

Consciente de que as transformações sociais desejadas pela comunidade passam pelas questões educativas e que estas são facilitadas pelo processo organizativo, somei meu esforço ao dos grupos da comunidade. Dois destes grupos, detiveram minha maior atenção: a AMSOL e o Grupo de Estudos de Plantas Medicinais. São grupos emergentes, nos quais os indivíduos, à medida que avançam nas discussões sobre sua realidade concreta, abordam mais criticamente os problemas de seu cotidiano.

A AMSOL, considerada em processo de consolidação, num curto espaço de tempo, conseguiu provocar debates e ações que favoreceram maior união entre seus componentes. Entretanto, isso não representa avanços significativos, considerando que a maioria da população do Sol Nascente vive numa situação de penúria social e política extrema e a associação de seus moradores está em seus primeiros passos, ainda com muitos tropeços. Meu caminhar com as lideranças da AMSOL se dá no sentido de unificar seu esforço ao do bairro, juntamente com as outras organizações locais. Este é nosso objetivo maior, que deverá ser conquistado a médio prazo, com a formação de um conselho de bairro, representativo, que lute pela cidadania plena de seus moradores.

Quanto ao Grupo de Estudo de Plantas Medicinais, pode-se considerar, atualmente, como um grupo consolidado, integrando moradores, trabalhadores da UBS e representantes de diversas organizações do bairro. Constituiu-se na concretização de nossa proposta, a qual certamente, continuará futuramente, com ou sem a nossa presença na comunidade.

8 - BIBLIOGRAFIA

- ALZUGARAY D., ALZUGARAY C. **Plantas que curam.** São Paulo: Três Livros e Fascículos, 1983.
- AMORIM, Antonio. **Avaliação Institucional da Universidade.** São Paulo: Cortez, 1992.
- ASSIS, M.M. et al. Atenção Primária de Saúde versus sistema único de saúde: apontamentos para um debate. **Rev. Bahiana de Enf.**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 78-88, out. 1993.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR - ANDES. **O poder e o saber: a universidade em debate.** Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1984.
- BALBACH A. **A flora nacional na medicina doméstica.** São Paulo: A edificação do lar, s/d.
- Borrachudos: como combater sem sofrer.** Rev. Globo Rural, Rio de Janeiro, p. 20, fev. 1992.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988).** Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
- BUARQUE, Cristovam. **A aventura da universidade.** São Paulo/Rio de Janeiro: Editora da UNESP/Paz e Terra. 1994.
- CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade.
In: BODSTEIN, R.C.A. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1993.
- CASTRO, I.B. Evolução do Setor Saúde e a crise da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. de Enf.**, Brasília v. 41, n. 3/4, p.183-189, jul/dez. 1988.
- COMISSÃO PASTORAL DA TERRA. **Romaria da Terra.** Florianópolis: mimeo, 24 p. 1993.

DAMASCENO Alberto et al. **A educação como ato político partidário.** São Paulo: Cortez, 1989

EGRY, Emiko Y. FONSECA, Rosa M.G.S. Dimensão pedagógica da integração docente assistencial como estratégia de intervenção no saber/fazer em saúde coletiva. **Rev. Saúde em Debate.** Brasília, n. 42, p. 16-22, mar. 1994.

ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL. São Paulo/Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britânica do Brasil Publicações Ltda., 1983.

FANUCK Celi L. Ação integrada Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde na capacitação de recursos para os serviços básicos. In: **Anais... 7.a Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 24 a 28 de março de 1980. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1980.

FAZENDA, I.C.A. **Integração e Interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia.** São Paulo: Edições Loyola, 1979.

cdv
FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Editora Moraes, 1980.

_____. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. ✓

_____. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. ✓

_____. **Extensão ou comunicação.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. ✓

_____. **Importância do ato de ler: em três artigos que se completam.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREITAG, Bárbara. **Escola, Estado & Sociedade.** São Paulo: Editora Moraes, 1986.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório.** São Paulo: Autores Associados/Cortez, 1983.

- _____. **Convite à leitura de Paulo Freire.** São Paulo: Editora Scipione, 1991.
- GIANOTTI, José Arthur. **A universidade em ritmo de barbárie.** São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais e luta pela moradia.** São Paulo: Edições Loyola, 1991.
- GOULART, Flávio A. Movimentos Sociais, Cidadania e saúde: anotações pertinentes à conjuntura atual. **Rev. Saúde em Debate.** Brasília, n. 39, p. 53-57, jun. 1993.
- GRACIANI, M.S.S. **O ensino superior no Brasil: a estrutura de poder na sociedade em questão.** Petrópolis: Vozes, 1982.
- GUIORZI et al. **Repensando o perfil do enfermeiro em saúde comunitária.** Florianópolis: mimeo, 1994.
- JANNE, Henri. **A universidade e as necessidades da sociedade contemporânea.** Tradução de SOARES, I. S. D. Fortaleza: Edições UFC, 1981. (Cadernos da Associação Internacional de Universidades, 2).
- LÉVI-STRAUSS, Claude. O uso das plantas silvestres da América do Sul tropical. In: RIBEIRO, Darcy (editor). **Suma etnológica brasileira.** RIBEIRO, Berta G. (coord.). **Etnobiologia.** vol. 1 Petrópolis: Vozes, 1987. p. 29-46.
- MACHADO, S.M. **O processo de formalização jurídico-institucional dos conselhos comunitários em Florianópolis (1977-1983): um caso de oposição sistemática.** Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.
- _____. Enfermagem: teoria e prática para construir qual sistema de saúde? **Rev. Bahiana de Enf.,** Salvador, v.5, n. 1, p.21-29, out.1992.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MINAYO, M.C.S. **Cultura: tradição e contradição: uma contribuição da Antropologia para pensar Educação e Saúde.** In: MELO, J.A.C. **Educação: razão e paixão.** Rio de Janeiro: ENSP, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde(1941-1992).** **Cadernos RH saúde,** Brasília, v.1, n.1, nov. 1993.

MÜLLER, K.T. **Organização de moradores em Florianópolis numa perspectiva de necessidades radicais.** Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.

OLIVEIRA, Betty A. **O Estado autoritário brasileiro e o ensino superior.** São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1981.

O processo educativo segundo Paulo Freire & Pichon-Rivière. Tradução de ORTH, L.M.E. Petrópolis: Vozes, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.** Brasília: UNICEF, 1979.

Paulo Freire & Frei Betto: essa escola chamada vida: depoimentos ao reporter Ricardo Kotscho. São Paulo: Ática, 1988.

PINTO, Alvaro V. **A questão da Universidade.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

QUEIROZ, Vilma.M., EGRY Emiko Y. **Bases metodológicas para a Assistência de Enfermagem em Saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico dialético.** **Rev. Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 41, n. 1 p. 26-33, jan./mar. 1988.

- RIBEIRO, Darcy. **A universidade necessária.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975
- SCHERER-VARREN, Ilse. **Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica.** Florianópolis: Ed da UFSC, 1989.
- SCHMIED-KOWARZIK, Wolfdietrich. **Pedagogia dialética: de Aristóteles a Paulo Freire.** Tradução de MAAR, W. L. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- SOARES, A.D.S. **A questão agrária na América Latina.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976
- SOUZA, M.L. **desenvolvimento de comunidade e participação.** São Paulo: Cortez, 1991.
- TEIXEIRA, Sônia F. (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Pró-Reitoria de Cultura e Extensão, Departamento de Assuntos Comunitários e Estágios. **Campus Avançado de Santarém: projeto Promoção em Saúde.** Florianópolis: mimeo, 12 p. 1976.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Pró-Reitoria de Cultura e Extensão, Departamento de Assuntos Comunitários e Estágios. **Projeto de formação de recursos humanos na área coletiva.** Florianópolis: mimeo, 6 p, 1983.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Pró-Reitoria de Cultura e Extensão. **Esboço de uma política de Extensão para a Universidade Federal de Santa Catarina.** In: **I Fórum Institucional de Extensão.** Florianópolis: mimeo, 7 p. 1993.
- VALLA, Victor V., STOTZ, Eduardo N. (orgs.). **Participação popular, educação e Saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- VIEIRA, Sofia L. **O discurso da (re)forma universitária.** Fortaleza: Edições Universidade Federal do Ceará/PROED, 1982.
- WANDERLEY, L.E.W. **Educar para transformar: educação popular, Igreja Católica e política no Movimento de Educação de Base.** Petrópolis: Vozes, 1984.